

**Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Полтавська політехніка
імені Юрія Кондратюка»**

Факультет філології, психології та педагогіки

Кафедра психології та педагогіки

Спеціальність 053 «Психологія»

Очна форма навчання 2 курс другого (магістерського) рівня вищої освіти

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

«Психологічні особливості розладів харчової поведінки у жінок»

Виконала студентка гр. 601-ФП
_____.____. 2025 р. А.А. Буряк
Керівник кваліфікаційної роботи
_____.____. 2025 р. В.В. Шевчук

Робота допущена до захисту:
В.о. завідувача кафедри психології та педагогіки Клевака Л.П.
_____.____. 2024 р. (підпис)

Полтава 2025

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»
(повне найменування вищого навчального закладу)

Факультет **Філології, психології та педагогіки**

Кафедра **психології та педагогіки**

Ступінь вищої освіти **магістр**

Спеціальність **053 «Психологія»**

ЗАТВЕРДЖУЮ
В.о. завідувача кафедри
Л.П. Клевака

«_____» _____ 2024 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ
Буряк Альоні Анатоліївні
(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи **«Психологічні особливості розладів харчової поведінки у жінок»**
керівник роботи **Шевчук В.В., к.псих.н., доцент**
затверджена наказом вищого навчального закладу від «09» серпня 2024 року №818- ф,а
2. Строк подання здобувачем роботи **13.01.2025 р.**
3. Вихідні дані до роботи **навчальна, наукова, довідкова і методична література, фахові періодичні видання, інші інформаційні ресурси**
4. Зміст кваліфікаційної роботи
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК
 - 1.1. Зміст понять «харчова поведінка» та «розлад харчової поведінки» у науковій психологічній літературі
 - 1.2. Основні фактори, що впливають на харчову поведінку жінок
 - 1.3. Аналіз стратегій та методів психологічної допомоги при розладах харчової поведінки у жінок**РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК**
 - 2.1. Методи дослідження психологічних особливостей розладів харчової поведінки у жінок
 - 2.2. Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ)
 - 2.3. Тест на співзалежність в стосунках (шкала Спанн-Фішер)
 - 2.4. Методика «Опитувальник самоорганізації діяльності»Висновок до другого розділу
РОЗДІЛ 3. ХІД ТА РЕЗУЛЬТАТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК ТА ОСНОВНИХ ЗАСОБІВ ЇХ ПСИХОКОРЕКЦІЇ
 - 3.1. Організація проведення емпіричного дослідження розладів харчової поведінки у жінок
 - 3.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження розладів харчової поведінки у жінок
 - 3.3. Основні рекомендації для програм психокорекції для жінок з розладами харчової поведінки

5. Перелік графічного матеріалу

Типи харчової поведінки серед досліджуваних жінок

Результати рівня співзалежності у стосунках

Результати рівня самоорганізації діяльності серед досліджуваних жінок

Результати кореляції між типом харчової поведінки та рівнем співзалежності

Результати розподілу учасниць за типом харчової поведінки та рівнем самоорганізації

Результати поширеності типів харчової поведінки залежно від вікових груп

Результати кореляції між рівнем самоорганізації та типом харчової поведінки

Результати поширеності співзалежності у жінок залежно від сімейного статусу

Результати зв'язку між рівнем стресу та типами харчової поведінки

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
I	Шевчук В.В., к.псих.н., доцент		
II	Шевчук В.В., к.псих.н., доцент		
III	Шевчук В.В., к.псих.н., доцент		

7. Дата видачі завдання 17.09.2024 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ п/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Вивчення нормативних та інструктивних матеріалів, спеціальної літератури, періодичних видань.	упродовж терміну виконання кваліфікаційної роботи	
2.	РОЗДІЛ 1. Збір теоретичного матеріалу, аналіз наукових джерел із теми кваліфікаційної роботи, написання розділу		
3.	РОЗДІЛ 2. Огляд і обгрунтування вибору психодіагностичних методик, характеристика обраних методик, написання розділу		
4.	РОЗДІЛ 3. Проведення емпіричного дослідження, написання розділу, оформлення графічної частини.		
5.	Формування загальних висновків і рекомендацій із зазначенням перспектив подальших досліджень, оформлення роботи		
6.	Представлення роботи на кафедрі, перевірка на плагіат, рецензування, написання доповіді для захисту в ЕК		

Студентка _____

(підпис)

Буряк А.А.

Керівник роботи _____

(підпис)

Шевчук В.В.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК	8
1.1. Зміст понять «харчова поведінка» та «розлад харчової поведінки» у науковій психологічній літературі.....	8
1.2. Основні фактори, що впливають на харчову поведінку жінок	15
1.3. Аналіз стратегій та методів психологічної допомоги при розладах харчової поведінки у жінок	21
Висновок до першого розділу.....	27
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК	29
2.1. Методи дослідження психологічних особливостей розладів харчової поведінки у жінок	29
2.2. Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ)	31
2.3. Тест на співзалежність в стосунках (шкала Спанн-Фішер)	34
2.4. Методика «Опитувальник самоорганізації діяльності».....	37
Висновок до другого розділу.....	40
РОЗДІЛ 3. ХІД ТА РЕЗУЛЬТАТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК ТА ОСНОВНИХ ЗАСОБІВ ЇХ ПСИХОКОРЕКЦІЇ	43
3.1. Організація проведення емпіричного дослідження розладів харчової поведінки у жінок	43
3.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження розладів харчової поведінки у жінок	50
3.3. Основні рекомендації для програм психокорекції для жінок з розладами харчової поведінки	59
Висновок до третього розділу.....	71
ВИСНОВКИ	73
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	77
ДОДАТКИ	86

ВСТУП

Проблема розладів харчової поведінки набула значної актуальності у сучасному суспільстві, що зумовлено низкою як соціальних, так і медичних чинників. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, кількість людей з ожирінням стрімко зростає по всьому світу, що свідчить про глобальні зміни у структурі харчової поведінки та пов'язані із цим психічні і фізіологічні ризики. Розлади харчової поведінки, такі як анорексія, булімія та переїдання, викликають найвищий рівень смертності серед психічних захворювань, що робить цю проблему не лише медичною, а й суспільною катастрофою.

Харчова поведінка безпосередньо впливає на якість життя людини, визначаючи як її фізичний стан, так і емоційне благополуччя. Люди з розладами харчової поведінки страждають не лише від соматичних захворювань, а й від психологічних проблем, таких як тривожні стани, депресія та соціальна ізоляція. Ці аспекти значною мірою обумовлюють необхідність комплексного підходу до вивчення харчової поведінки з акцентом на її психокорекцію.

Науково обґрунтована розробка технологій для підтримки і збереження здоров'я, зокрема через вивчення психологічних механізмів харчової поведінки, є однією з важливих завдань сучасної психологічної науки. Аналіз харчової поведінки в континуумі «норма – патологія» дозволяє краще зрозуміти, як впливають різні психологічні фактори на поведінкові патерни та їх відхилення, що у свою чергу допоможе розробити більш ефективні стратегії психокорекції.

Дана магістерська робота спрямована на дослідження психологічних особливостей розладів харчової поведінки у жінок, що є важливим етапом у формуванні теоретичних основ і практичних підходів до вирішення цієї проблеми.

Актуальність теми дослідження полягає в необхідності виявлення психологічних особливостей розладів харчової поведінки, що є важливим для своєчасної діагностики, профілактики та корекції цих станів. Розлади харчової поведінки мають значний вплив на психічне і фізичне здоров'я людей,

спричиняючи високий рівень смертності серед осіб із психічними розладами. З огляду на зростання кількості таких розладів у світовій практиці та особливо серед жінок, актуальність дослідження цього питання виявляється у необхідності розробки ефективних методів психологічної допомоги і корекції. Крім того, дослідження взаємозв'язку між особистісними факторами, емоційним станом та харчовою поведінкою дозволить глибше зрозуміти природу цих розладів і сприятиме розробці індивідуальних підходів до терапії. Важливим аспектом є також вплив соціокультурних факторів та стереотипів на формування уявлень про тіло і самосприйняття, що в умовах сучасного суспільства стає додатковим чинником ризику розвитку розладів харчової поведінки.

Теоретичні положення відображено у працях таких дослідників, як О.Ю. Барташук, О.В. Бацилєва, П. Бурд'є, Л.Ф. Бурлачук, Ж.П. Вірна, С.О. Кириленко, Н.І. Кошель, Д. Перлмуттер, Л.В. Сохань, С. Тірадо, Н. Шнаккенберг та інші, внесли значний вклад у розвиток знань про механізми формування харчових уподобань, звичок, а також відхилень від нормативної поведінки в цій сфері. Особлива увага приділяється соціальним і культурним чинникам, які впливають на вибір їжі, а також на процеси, пов'язані з прийняттям їжі в контексті сучасних суспільних умов.

Окремим напрямом досліджень є вивчення психологічних особливостей порушень харчової поведінки, які характеризуються наявністю стійких відхилень у ставленні до їжі та формують специфічні ризики для психічного та фізичного здоров'я. У цій площині значущими є роботи таких авторів, як Д.Т. Вербіц, Р. Міланезе, Л.А. Найдьонова, Ж. Нардоне, В.І. Шебанова та інші. Їхні дослідження висвітлюють психологічні механізми виникнення та підтримання харчових розладів, як-от анорексія, булімія, компульсивне переїдання, а також різні форми емоційного харчування.

Мета кваліфікаційної роботи полягає у вивченні психологічних особливостей розладів харчової поведінки у жінок.

Об'єктом дослідження кваліфікаційної роботи є харчова поведінка жінок.

Предметом даного дослідження є комплексне вивчення факторів, що впливають на харчову поведінку жінок, а також глибинний психологічний зміст, який детермінує особливості цієї поведінки, зокрема у випадках її відхилень.

Досягнення поставленої мети зумовило необхідність розв'язання таких **завдань:**

- охарактеризувати теоретичні аспекти дослідження особливостей розладів харчової поведінки у жінок, розкривши зміст понять «харчова поведінка» та «розлад харчової поведінки» у науковій психологічній літературі; основні фактори, що впливають на харчову поведінку жінок та проаналізувавши стратегії та методи психологічної допомоги при розладах харчової поведінки у жінок;

- підібрати комплекс психодіагностичних методик дослідження психологічних особливостей розладів харчової поведінки у жінок, включаючи голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ), тест на співзалежність в стосунках (шкала Спанн-Фішер) та методику «Опитувальник самоорганізації діяльності»;

- провести на основі обраних методик емпіричне дослідження розладів харчової поведінки у жінок, проаналізувати результати дослідження та надати основні рекомендації для програм психокорекції для жінок з розладами харчової поведінки.

Гіпотеза дослідження: відповідно до мети кваліфікаційної роботи, об'єкта та предмета дослідження ми припускаємо, що запропоновані автором принципи дослідження харчової поведінки людини створюють методологічну основу для всебічного вивчення психологічних параметрів та індивідуальних властивостей харчової поведінки. Такий підхід дає можливість розглянути харчову поведінку як особливий тип впорядкованої активності, що є спрямованою, мотивованою та регульованою діяльністю людини у процесі споживання їжі. Таке комплексне дослідження сприяє розкриттю сутності харчової поведінки як багатовимірного феномену, що охоплює біологічні, психологічні та соціальні компоненти і

дозволяє глибше зрозуміти механізми регуляції процесу харчування у різних культурних та індивідуальних контекстах.

Діагностичні методики, використані у кваліфікаційній роботі:

1. Методика «Голландський опитувальник харчової поведінки (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire)».

2. Тест на співзалежність в стосунках (шкала Spann-Фішер).

3. Методика «Опитувальник самоорганізації діяльності».

Методами математичної й статистичної обробки даних даної кваліфікаційної роботи стали як кореляційний, так і факторний методи аналізу, виконані за допомогою програми SPSS 21.0.

Наукова новизна отриманих результатів полягає в тому, що у процесі дослідження було отримано та проаналізовано емпіричні дані, які підтверджують, що харчова поведінка жінок не є статичною – вона розвивається та трансформується протягом життя, відображаючи динамічний вплив як зовнішніх, так і внутрішніх чинників. Виявлено, що такі зміни харчової поведінки не лише впливають на зовнішні поведінкові прояви, але й суттєво впливають на структурні елементи внутрішнього світу особистості, зокрема на ціннісні орієнтації, мотиваційні настанови та самооцінку. Ці результати підкреслюють важливість дослідження харчової поведінки жінок у контексті їх життєвого циклу, оскільки вони дозволяють глибше зрозуміти механізми її регуляції, а також соціально-психологічні та культурні впливи, які визначають специфіку харчової поведінки на різних етапах життєдіяльності.

Практичне значення отриманих результатів полягає у впровадженні їх при викладанні основних компонент освітньої програми за спеціальністю 053 «Психологія» ОПП «Практична психологія» циклів загальної та професійної підготовки другого (магістерського) рівня вищої освіти, зокрема: «Психологія вищої школи», «Технології психологічних тренінгів», «Практикум з консультування та психотерапії» та ін.

Емпіричне дослідження проводилось магістром упродовж 2023-2024 н.р. Дослідженням було охоплено 60 жінок різного віку.

Апробація результатів кваліфікаційної роботи. Основні положення та результати теоретичних досліджень і практичних розроблень апробовані на міжнародній та університетській науково-практичних конференціях, у тому числі: «Міжнародній науково-практичній конференції студентів, аспірантів та молодих вчених «Молодіжна наука: інновації та глобальні виклики» (м. Полтава, 6 листопада 2024 р.) та «76-й науковій конференції професорів, викладачів, наукових працівників, аспірантів та студентів Національного університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка» (м. Полтава, 14 травня – 23 травня 2024 р.).

Структура та обсяг роботи: магістерська робота складається із вступу, трьох розділів, висновків і пропозицій по темі «Психологічні особливості розладів харчової поведінки у жінок», списку використаних джерел інформації.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК

1.1. Зміст понять «харчова поведінка» та «розлад харчової поведінки» у науковій психологічній літературі

Методологічною основою визначення змісту понять «харчова поведінка» та «розлад харчової поведінки» у науковій психологічній літературі є концепція Л.С. Виготського, який підкреслює суто людський характер будь-яких потреб і дій людини [1], адже задоволення потреби завжди проходить через соціальне опосередкування та включає як біологічні, так і соціокультурні аспекти.

У свою чергу, С.Д. Максименко обґрунтував, що будь-яка форма активності суб'єкта формується і розвивається на основі єдиного енергетично-інформаційного носія – потреби. Потреба, у свою чергу, одразу набуває соціального характеру, оскільки активність людини проявляється як «зустріч» вітальних (життєво важливих) потреб з соціальним оточенням [29]. Таким чином, поведінка людини, зокрема харчова поведінка, формується як результат цієї взаємодії біологічних основ та соціальних умов, що інтегруються у специфічні форми активності.

На основі цих положень варто сформулювати визначення харчової поведінки, яке враховує її природу: харчова поведінка – це система специфічних взаємодій людини з навколишнім середовищем, спрямованих на задоволення потреби в їжі. Такий підхід дозволяє розглядати харчову поведінку не лише як спосіб задоволення базової фізіологічної потреби, а й як процес, що містить важливі психологічні й соціокультурні складові, які визначають особливості її проявів у різних контекстах людського буття.

Харчова поведінка людини визначається єдністю біологічних, психологічних та соціокультурних факторів, формуючи міжфункціональну психологічну систему [3]. У цій системі важливим є не лише задоволення потреби, а й сам процес приймання їжі, що впливає на відповідну вітальну потребу. Це відкриває можливість для вивчення генезу харчової поведінки,

включаючи її загальні, індивідуальні та статеві особливості. Харчова поведінка має виразний гендерний характер: культурально харчові потреби жінок у різних соціокультурних контекстах набувають психосексуальних і соціально-психологічних відтінків [4].

Харчову поведінку можна визначити як ціннісне ставлення до їжі, стереотип харчування в повсякденні та у стресових ситуаціях, поведінку, орієнтовану на образ власного тіла, і діяльність з формування цього образу. Вона включає установки, звички та емоції щодо їжі, які є індивідуальними для кожної людини. Харчова поведінка може бути гармонійною (адекватною) або девіантною (відхиленою), що залежить від ієрархії цінностей індивіда та якості й кількості споживаної їжі [15]. Етнокультурні чинники значно впливають на стереотипи харчування, особливо під час стресу.

Потреба в їжі є однією з первинних біологічних потреб, спрямованих на підтримку гомеостазу: люди споживають їжу для отримання енергії, побудови клітин і синтезу життєво важливих сполук. Згідно з теорією А. Маслоу, задоволення базових потреб у виживанні є необхідною умовою для актуалізації потреб вищого рівня. Проте раціон людини рідко обмежується лише життєво необхідними калоріями та поживними речовинами – на вибір їжі, обсяг і час прийому впливають особистісні і соціальні фактори. Харчову поведінку формують не тільки потреби, а й набуті знання і стратегії мислення. Потреби виступають диспозиціями, що спрямовують поведінку, але самі по собі не визначають її конкретні форми [16]. Хоча відчуття голоду є фізіологічним потягом, на вибір їжі впливають звички і сформовані стратегії мислення. Біологічні потреби, модифіковані індивідуальним досвідом і обставинами, тісно пов'язані із звичками, що сформувалися під впливом сімейних і суспільних традицій, релігійних переконань, досвіду, медичних рекомендацій, моди та економічних чинників.

Стиль харчування відображає емоційні потреби та психоемоційний стан людини. У ранньому дитинстві харчування має важливе значення для емоційного стану: для дитини ситуація насичення асоціюється з відчуттям

любові та захищеності. Також харчування стає джерелом перших переживань власності та задоволення потреби в володінні. Коли ця потреба блокується, у дитини можуть виникати агресивні імпульси, наприклад, оральна агресія, що проявляється у кусанні.

Фрустрація вітальних потреб у немовляти, яке не може усвідомити та висловити свої почуття, може призводити до порушень розвитку. У випадках, коли відносини з матір'ю нестабільні або напружені, дитина може харчуватися поспішно, не відчуваючи насичення, що свідчить про емоційну реакцію на «незахищеність» у взаємодії з матір'ю. Важливішим, ніж метод годування, є ставлення матері до дитини: якщо мати відсторонена або поспішна, у дитини може з'явитися пригнічена агресія, яка може призвести до амбівалентного ставлення до неї. Це породжує конфліктні почуття і супроводжується вегетативними реакціями – від готовності до прийому їжі до спазмів і блювоти, що можуть стати першими психосоматичними проявами майбутніх невротичних розладів [21].

Їжа має значне соціальне значення: з народження харчування пов'язане з міжособистісною взаємодією, а згодом стає складовою спілкування та соціалізації, зокрема в процесі святкувань, встановлення ділових і дружніх зв'язків. Харчові традиції та звички відображають рівень культури, національну, територіальну та релігійну належність, а також особливості сімейного виховання у сфері харчової поведінки.

Харчова поведінка людини спрямована на задоволення не лише біологічних, але й психологічних і соціальних потреб. Кількість, якість і частота споживання їжі залежать від відчуттів голоду, апетиту та насичення. Голод як фізіологічний регулятор кількості їжі виникає при нестачі поживних речовин для енергетичної рівноваги й пов'язаний зі скороченням шлунку та зниженням рівня глюкози в крові. Відчуття голоду також залежить від зовнішніх факторів, таких як температура довкілля. Важливо розрізнити голод як фізіологічний стан і психологічне усвідомлення голоду, що призводить до пошуку їжі, а в позитивній формі проявляється як апетит.

Апетит (від лат. *appetitus* – «прагнення, бажання») є психологічним чинником регуляції харчової поведінки, що виявляється як «відчуття приємних емоційних переживань, пов'язаних із прагненням до споживання певної їжі» [25]. Він може виникати як компонент голоду або незалежно від фізіологічної потреби організму. На відміну від голоду, апетит не пов'язаний із енергетичною рівновагою і змінюється під впливом умовних подразників.

Існуюча класифікація типів харчової поведінки жінок представлена на рис. 1.1.

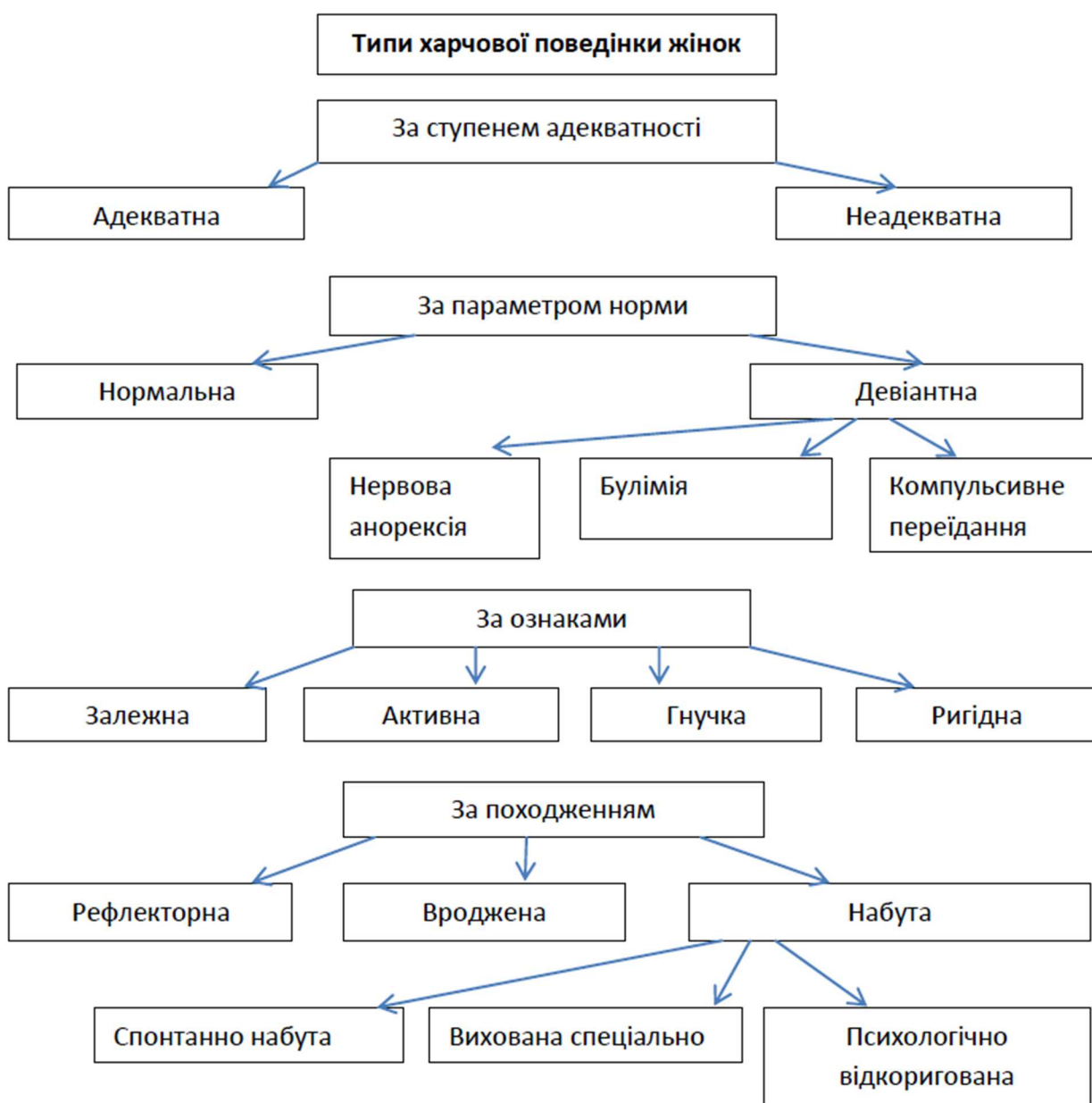


Рис. 1.1. Класифікація типів харчової поведінки жінок

Джерело: [2].

Протилежні апетиту стани насичення і ситості характеризуються відсутністю бажання їсти. Ситість і насичення сприяють припиненню прийому їжі та супроводжуються відчуттям повноти і задоволення. Процес насичення має чотири стадії: сенсорну, когнітивну, після вживання їжі та після її всмоктування [5]. Ідеальним з точки зору фізіології є завершення прийому їжі до її засвоєння, оскільки інше може призводити до переїдання.

Харчова поведінка є більш складною у людей, ніж у тварин, і охоплює не лише задоволення біологічних потреб, але й виконання психологічних та соціальних функцій. Це, зокрема, спосіб зняття психоемоційної напруги, отримання задоволення, комунікації, самоствердження, дотримання ритуалів і компенсації незадоволених потреб [9]. Виходячи з цього, харчову поведінку можна визначити як особливий вид поведінки, в якому відображаються ставлення до їжі і до її прийому.

Порушення харчової поведінки – це група розладів, пов'язаних із надмірною заклопотаністю масою і формою тіла, що проявляються в порушенні стереотипу харчування. Вони варіюються від строгих обмежень у харчуванні при нервовій анорексії до епізодів неконтрольованого переїдання при нервовій булімії та компульсивному переїданні [8]. Такі порушення негативно впливають на фізичне здоров'я та психосоціальне функціонування.

Ризик захворіти на порушення харчової поведінки у дівчат і молодих жінок у 10 разів вищий, ніж у чоловіків, що свідчить про особливу уразливість жіночої статі [11]. Часто розлади виникають у підлітковому та ранньому дорослому віці, коли увага до зовнішності посилюється, а харчова поведінка стає засобом контролю змін, зумовлених статевим дозріванням. Західні культурні стандарти та медіа, що акцентують взаємозв'язок соціальної успішності з привабливою зовнішністю, чинять сильний тиск на схуднення, підвищуючи ризик розвитку цих розладів.

Порушення харчової поведінки частіше виникають у разі наявності подібних розладів у родичів, а також розладів настрою (депресія), залежності від психоактивних речовин або ожиріння (особливо для булімії). Деадаптивне

виховання в сім'ї, сексуальне насильство, дієтичні звички членів родини та самого підлітка значно підвищують ризик (у 18 разів при строгих дієтах і в 5 разів при помірних обмеженнях). Провокуючими чинниками є критика щодо ваги та форми тіла з боку родини та оточення. Особливо високий ризик мають особи, залучені до видів діяльності, які вимагають відповідності естетичним стандартам (наприклад, спортсмени, танцюристи, моделі) [12].

Серед осіб із порушеннями харчової поведінки поширені занижена самооцінка та перфекціонізм, що супроводжується прагненням до нереалістично високих стандартів і страхом невдачі. На відміну від нервової анорексії та булімії, розлад компульсивного переїдання зустрічається у чоловіків лише в 1,5 раза рідше, ніж у жінок, а типовий вік пацієнтів – від 30 до 50 років [13].

Причини розладів харчової поведінки пояснюються з урахуванням множинних факторів ризику, які включають соціокультурний, психологічний та біологічний впливи. Основні чинники ризику – це соціокультурні умови (тиск суспільства і сім'ї), психологічні проблеми (когнітивні та емоційні розлади) та біологічні особливості [14].

Сучасні стандарти жіночої привабливості, зокрема акцент на худорлявість, значно впливають на підвищення випадків розладів харчової поведінки, особливо серед моделей, акторів, танцюристів і спортсменів, які відчують посилений тиск щодо зовнішнього вигляду. Вважається, що представники цих груп більше схильні до порушень у харчовій поведінці. Установка на худорлявість також виявляє економічні та расові відмінності. Водночас, останнім часом заклопотаність своєю вагою зростає серед усіх соціальних класів і груп меншин.

Культурні відмінності пояснюють гендерний розрив у випадках розладів харчової поведінки: у суспільстві до зовнішності жінок приділяється більше уваги, ніж до зовнішності чоловіків, що стимулює жінок дотримуватися дієт і прагнути схуднення.

Західне суспільство не лише підтримує культ худорлявості, але й формує упереджене ставлення до людей із зайвою вагою. Дискримінація на основі ваги

поширена у мас-медіа, кіно та літературі. Це явище глибоко вкорінене в культурі: майбутні батьки та навіть дошкільники демонструють схильність до худорлявості та негативне сприйняття людей із зайвою вагою, що впливає на формування негативного образу тіла ще з дитинства.

Сім'я відіграє важливу роль у розвитку розладів харчової поведінки. Дослідження показують, що в понад половині сімей, де є член із подібними розладами, спостерігається надмірне занепокоєння зовнішністю і дотримання дієт. Сприятливий клімат для розвитку розладу формується також у сім'ях з порушеними внутрішніми стосунками.

У таких сім'ях надмірно тісні стосунки, де члени родини глибоко залучені в справи один одного, що, з одного боку, сприяє підтримці та терпимості, але, з іншого – створює залежність. Батьки часто надто контролюють життя дітей, обмежуючи їхню індивідуальність і самостійність. Прагнення підлітків до незалежності може порушити сімейну гармонію, тож дитина нерідко приймає роль «хворого», що зберігає видимість гармонії, але сприяє формуванню розладів харчової поведінки.

Психологічні проблеми:

1) Его і когнітивні розлади. Хільда Браш, одна з дослідників розладів харчової поведінки, розробила теорію, яка використовує психодинамічні й когнітивні підходи. Вона вважає, що порушені стосунки «мати-догькаа» можуть спричинити в дитини дефіцит Его (нестачу самостійності та контролю) і когнітивні розлади, що призводить до розладів харчування. Х. Браш стверджує, що батьки можуть реагувати на потреби дітей або ефективно, або неефективно. Ефективні батьки задовольняють біологічні та емоційні потреби дітей відповідно до їх сигналів, тоді як неефективні батьки ігнорують реальні потреби [6]. Це може призвести до того, що діти не розпізнають власних потреб і емоцій.

У підлітковому віці такі діти, відчуваючи брак самостійності, починають суворо контролювати свою вагу й харчові звички, щоб подолати відчуття безпорадності. Дослідження також підтверджують, що люди з розладами

харчування часто неточно сприймають свої сигнали: під час стресу чи тривоги вони сприймають ці стани як голод і починають їсти.

2) Розлади настрою. Багато осіб з розладами харчової поведінки, зокрема з булімією, страждають від депресії. Вони відчують смуток, песимізм, сором за себе і схильні до логічних помилок. Є кілька доказів зв'язку між анорексією, булімією та депресією. По-перше, люди з розладами харчування частіше за інших отримують діагноз депресії. По-друге, їхні близькі родичі також часто мають поганий настрій. По-третє, у таких осіб, зокрема з булімією, спостерігається низька активність серотоніну, що є типовим для депресії. Окрім того, вони часто вдаються до антидепресантів для полегшення свого стану [10].

Біологічні чинники. Біологи вважають, що порушення харчової поведінки можуть бути пов'язані з дисфункцією гіпоталамуса, частини мозку, яка контролює фізіологічні функції. Дослідження виявили дві ключові області гіпоталамуса, що регулюють процес харчування: латеральний гіпоталамус, який стимулює голод, і вентромедіальний гіпоталамус, що пригнічує відчуття голоду. Обидві ці області, взаємодіючи з хімічними речовинами, можуть утримувати «термостат ваги» в організмі, підтримуючи певний рівень ваги. Якщо вага падає нижче за цей рівень, активується латеральний гіпоталамус, викликаючи голод і знижуючи метаболізм. Коли вага зростає, активізується вентромедіальний гіпоталамус, який знижує голод і підвищує метаболічний рівень [17].

Загалом, сучасні дослідження при поясненні порушень харчової поведінки враховують різні чинники: соціальний акцент на худорлявості, сімейні взаємини, когнітивні розлади, депресивний стан та біологічні чинники, зокрема функціонування гіпоталамуса та регулювання ваги.

1.2. Основні фактори, що впливають на харчову поведінку жінок

Харчовий вибір охоплює відбір і споживання їжі та напоїв, враховуючи, що, як, коли, де та з ким людина їсть, а також інші аспекти її харчової поведінки.

Ці вибори мають важливе соціальне, економічне та культурне значення, адже відображають переваги людини, її ідентичність та культурні цінності. Харчовий вибір також визначає попит на продукти та послуги, впливаючи на постачальників їжі. Важливість харчових виборів зумовлена їх впливом на рівень поживних речовин в організмі, що, у свою чергу, позначається на здоров'ї, захворюваності та смертності.

З огляду на біологічну, психологічну, економічну, соціальну та епідеміологічну значущість харчових виборів, багато дослідників звертаються до вивчення цього процесу. Існує три основні підходи до вивчення харчових виборів [23]. Перший передбачає використання існуючих моделей і теорій, створених для інших сфер, для дослідження харчової поведінки (наприклад, теорія планованої поведінки, соціально-когнітивна теорія, модель здоров'я тощо). Другий підхід полягає у створенні нових моделей для пояснення харчових виборів шляхом дедуктивного аналізу. Третій підхід використовує індуктивні методи, зокрема якісні дослідження, для формулювання концепцій того, як люди сприймають їжу та приймають рішення щодо її споживання.

Фактори, що потенційно залучені у вибір їжі, є надзвичайно різноманітними. Основні компоненти, які визначають харчовий вибір, включають ідеали, особисті та соціальні чинники, ресурси та контексти.

Модель процесу харчового вибору включає три основні компоненти, які взаємодіють під час конструювання харчових виборів: життєвий шлях, впливи та особисті системи [24]. Люди часто згадують наявні харчові патерни у контексті попереднього досвіду, що підкреслює важливість життєвого шляху як ключового компонента моделі. Описуючи свої харчові вибори, люди вказують на впливи, які включають фактори з минулого досвіду та теперішніх ситуацій, що впливають на їх харчову поведінку. Особиста система харчування – це процес, у якому люди інтегрують ці впливи та втілюють їх у реальну харчову поведінку.

З розвитком і змінами протягом життя, на людину впливають різні фактори оточення, одночасно вона будує свій індивідуальний життєвий шлях, що

включає як минулий досвід харчування, так і теперішні ситуації та очікування щодо майбутніх можливостей. Це вказує на динамічність харчових виборів, які розвиваються з часом. Підхід, що враховує життєвий шлях, дозволяє краще зрозуміти, як індивідуальні харчові вибори змінюються протягом різних вікових періодів (дитинство, юність, дорослість, похилий вік), а також під впливом змін у соціальних, поведінкових та культурних контекстах.

Цей підхід доповнює біологічні дослідження, які вивчають вплив ранніх програм харчування, та експерименти, що аналізують дієтичну поведінку протягом певних періодів часу. Важливими є також дослідження, які розглядають траєкторії харчових виборів у різні часові проміжки та контексти, підкреслюючи зміни, які відбуваються з розвитком людини.

Траєкторії харчового вибору є центральним концептом у розумінні життєвого шляху, оскільки вони охоплюють постійні процеси, що включають думки, почуття, стратегії та дії людини протягом її життя [20]. Ці траєкторії часто формуються через специфічні переходи та критичні моменти життєвого шляху, наприклад, вагітність чи пологи, а також можуть охоплювати довші періоди життя, як середина життя. Людина розвиває певні траєкторії харчового вибору в контекстах своїх історичних та ситуаційних умов, що з часом стають звичними та постійними.

Прикладом є ситуація, коли людина виростає в родині, де їдять салат з кожним прийомом їжі, і ця традиція стає постійною протягом її життя. Траєкторії харчового вибору можуть змінюватися залежно від того, чи почала людина їсти салат пізніше в житті, а також від змін, що відбуваються під час життєвих трансформацій. Повторювані харчові вибори, як правило, ведуть до формування звичок, що зберігаються в майбутньому, і це може вплинути на те, як людина пристосовується до змін, пов'язаних із старінням та змінами здоров'я.

Траєкторії харчового вибору формуються в контексті життєвих переходів та обставин, з якими людина стикається на різних етапах свого життя. Цей процес включає, як минулий досвід, так і теперішні обставини, що разом визначають теперішні харчові вибори людини.

Кризи та життєві переходи можуть мати значний вплив на харчові вибори, оскільки вони змінюють особисті патерни поведінки та способи прийняття їжі. Ці зміни можуть виникати у результаті важливих життєвих подій, таких як вступ або випуск зі школи, зміна роботи, початок або завершення значущих відносин, переїзд або захворювання. Ці кризи, зміни та точки відліку можуть змінювати ролі, ресурси, здоров'я або контексти життя людини, що в свою чергу здатне привести до змін у харчових патернах.

Зміни можуть бути як поступовими, так і радикальними. Наприклад, в період вагітності багато жінок починають обирати здоровіші варіанти харчування, але в інших ситуаціях, наприклад, у випадку незапланованої вагітності, зміни можуть бути менш позитивними і навіть не підсилювати схильність до здоровіших харчових виборів.

Часові аспекти відіграють важливу роль у цих змінах. Кожен життєвий етап, такий як народження дитини, старіння або зміни в роботі, може стати відправною точкою для перебудови харчових звичок. Крім того, контексти, в яких ці зміни відбуваються, мають велике значення. Історичні, економічні та культурні умови, в яких людина живе, визначають доступність їжі, соціальні ролі та стандарти харчування. Наприклад, люди, що виростили в середині ХХ століття, мали інші умови харчування та соціальні переконання щодо їжі порівняно з сучасними поколіннями, які мають доступ до більш різноманітних і швидких способів харчування.

Під час широкомасштабного вторгнення РФ в Україну питання доступності їжі, соціальних ролей та стандартів харчування стали надзвичайно актуальними й набули нових вимірів [7]. Війна змінила економічні умови, перервала ланцюги постачання та посилила соціальну напругу, що відобразилося на доступі до продовольства для багатьох громадян [54]. Особливо гостро відчувають брак якісної їжі внутрішньо переміщені особи, люди, що залишилися в зоні бойових дій, та малозабезпечені верстви населення.

Отже, життєві кризи та переходи є важливими етапами, що можуть формувати нові траєкторії харчових виборів, а контексти, в яких ці зміни відбуваються, значно впливають на характер цих виборів.

У підсумку, життєвий шлях людини визначає контекст для харчових виборів, з урахуванням як індивідуальних переживань, так і ширших історичних та соціальних умов. Люди обирають траєкторії харчових виборів, які можуть змінюватися залежно від життєвих криз і подій. Цей досвід впливає на подальші харчові вибори, адже кожен новий вибір додається до попереднього досвіду і впливає на наступні рішення.

Модель процесу харчового вибору визначає п'ять основних типів впливів [58]: ідеали, особисті фактори, ресурси, соціальні фактори та контексти. Ці впливи можуть змінюватися впродовж життєвого шляху людини, а також взаємодіяти між собою. Вони формують особисту харчову систему, що сприяє формуванню певних харчових практик.

Ідеали – це культурні та соціальні норми, які визначають стандарти того, що та як повинна їсти людина [52]. Вони формуються через соціалізацію в культурі та родині, і є важливим фактором у виборі їжі.

Особисті фактори – це фізіологічні, психологічні та міжособистісні характеристики людини, які також впливають на харчові вибори [53]. Ці фактори є індивідуальними для кожної людини і з часом формуються на основі її досвіду та внутрішніх потреб.

Ресурси – це матеріальні та нематеріальні засоби, доступні для прийняття харчових рішень [51]. Вони включають фінанси, час, знання, навички, соціальну підтримку та інші фактори, які можуть обмежувати або, навпаки, відкривати можливості для вибору їжі.

Ці фактори допомагають пояснити, чому люди обирають певні продукти та методи харчування, оскільки вони оцінюють доступні варіанти через призму своїх ресурсів і можливостей.

Соціальні фактори та контексти відіграють важливу роль у процесі харчового вибору, оскільки вони формують умови та межі, в яких індивіди приймають свої рішення щодо їжі.

Соціальні фактори – це взаємодії з іншими людьми, що визначають харчову поведінку [55]. Це можуть бути родинні, дружні, трудові чи інші соціальні зв'язки. У невеликих групах, таких як родина або компанія друзів, індивіди зазвичай адаптують свої харчові вибори до виборів інших членів групи. Така взаємодія може бути симетричною (коли всі обирають однакову їжу) або асиметричною (коли один партнер змінює свої вибори в залежності від іншого). Це є важливою частиною процесу харчового вибору, оскільки більшість харчових ритуалів і звичок формуються саме в таких соціальних контекстах.

Контексти – це більш широкі умови, в яких люди приймають свої харчові вибори [56]. Вони включають фізичне оточення (де людина їсть: вдома, на роботі, в ресторані), соціальні норми та інституції (наприклад, культурні традиції або релігійні обмеження), а також зовнішні фактори, такі як клімат, сезонність, економічні умови, реклама та медіа.

Контексти можуть варіюватися залежно від місця та часу, наприклад, вибір їжі буде різним у різні пори року або в залежності від наявності певних продуктів [57]. Важливим контекстом є система харчування, яка визначає, яка їжа доступна для вибору, де її можна придбати, як вона готується та які соціальні значення їй приписуються.

Сезонна доступність продуктів і маркетингові стратегії також можуть змінювати контекст харчових виборів, примушуючи людей адаптувати свої звички та переваги.

Всі ці соціальні та контекстуальні фактори взаємодіють між собою, створюючи складну мережу впливів, що визначають, що, коли, де та як люди їдять.

1.3. Аналіз стратегій та методів психологічної допомоги при розладах харчової поведінки у жінок

У сучасній психології важливим напрямком є розробка ефективних консультативних інтервенцій у харчову поведінку, які можуть бути науково обґрунтованими та перевіреними. Це завдання передбачає не лише підтримку поведінкових змін, але й вимірювання їх результатів для підтвердження їх ефективності. Ключовим аспектом для розробки таких інтервенцій є теоретичні засади, що дозволяють будувати гіпотези та організувати рандомізовані контрольовані дослідження, базуючись на чітко визначених цілях клієнтів.

Психологічна допомога при розладах харчової поведінки. Процес консультування включає в себе постановку пріоритетів і цілей, а також створення індивідуалізованих планів дій для клієнта, що підтримує відповідальність за своє здоров'я та харчування [16]. Це допомагає фахівцям здійснювати ефективні зміни в харчовій поведінці через використання технік, що базуються на розумінні психології та дієтології, а також враховують етнічні й регіональні особливості харчових традицій.

Біхевіоральна теорія та когнітивно-біхевіоральна теорія припускають, що вся поведінка є навченою, а на зміну поведінки впливають як внутрішні (психологічні), так і зовнішні (соціальні, культурні, економічні) фактори. Згідно з цими теоріями, можна використовувати різні стратегії для зміни харчової поведінки, серед яких важливими є [27]:

- 1) Самоспостереження – допомагає людині бути більш свідомою щодо своїх харчових звичок і реакцій на стимули.
- 2) Вирішення проблем – сприяє розвитку навичок адаптації до стресових ситуацій або змін у харчуванні.
- 3) Постановка цілей – сприяє визначенню чітких та досяжних цілей щодо змін у харчовій поведінці.
- 4) Когнітивне реструктурування – зміна негативних або некорисних переконань щодо харчування.

5) Соціальна підтримка – допомога від родини, друзів або групи підтримки, яка сприяє мотивації та дотриманню змін.

6) Контроль стимулів – управління зовнішніми факторами (наприклад, доступ до їжі) для мінімізації спокуси.

7) Стрес-менеджмент – допомагає людям справлятися з емоційним харчуванням або іншими стресовими тригерами.

8) Запобігання загостренням – зменшення ймовірності повернення до старих харчових звичок після досягнення змін.

Біхевіоральна теорія зазвичай описує зміну поведінки як процес, що включає різні стадії. Це дає змогу адаптувати стратегії консультування до потреб клієнта на кожній конкретній стадії змін, забезпечуючи таким чином поступовий і підтримуваний процес переходу до здорових харчових звичок [26].

Загалом, поєднання теоретичних основ, таких як біхевіоральна та когнітивно-біхевіоральна теорії, з індивідуальним підходом і використанням перевірених стратегій консультування є ключовим для досягнення ефективних змін у харчовій поведінці клієнтів.

Соціально-когнітивна теорія зосереджена на понятті самоефективності – впевненості людини у своїй здатності виконати певні завдання. Цей фактор має значний вплив на зусилля, які людина готова докласти для досягнення бажаних змін у своїй поведінці. У контексті консультування людей з розладами харчової поведінки самоефективність визначає, наскільки клієнт вірить у свою здатність змінити свої харчові звички, що прямо впливає на їх мотивацію та рівень наполегливості.

У рамках соціально-когнітивної теорії важливими стратегіями є розвиток навичок і постановка чітких цілей. Це дозволяє підвищити рівень самоусвідомлення та впевненості у здатності здійснити зміни в поведінці. Постановка реалістичних і досяжних цілей допомагає клієнтам зберігати мотивацію та рухатися вперед у процесі змін. Такі стратегії заохочують клієнтів поступово і послідовно наближатися до своїх бажаних результатів.

Інтервенції з психологічної допомоги, що базуються на різних теоріях зміни поведінки, надають практичним психологам теоретичні основи для розробки індивідуалізованих планів допомоги [28]. Ці стратегії спрямовані на те, щоб задовольнити потреби кожного клієнта, враховуючи їхній рівень мотивації, довіри, підтримки з боку соціального оточення та особисті навички. Теорії поведінкових змін, такі як соціально-когнітивна теорія, допомагають правильно оцінити, який метод консультування буде найбільш ефективним для кожного окремого клієнта.

Стратегії консультування при розладах харчової поведінки – це ефективні методи або плани дій, що застосовуються для досягнення конкретних цілей клієнта, пов'язаних із зміною харчових звичок [32]. Дослідження показали, що існують декілька емпірично обґрунтованих стратегій, що демонструють ефективність у корекції харчових розладів.

Емпірично обґрунтовані стратегії [26]:

1) Мотиваційне опитування. Це клієнт-центрована стратегія, яка допомагає людям подолати амбівалентність (суперечливі думки та почуття) щодо змін у поведінці. Вона передбачає створення умов для дослідження клієнтом своїх власних мотивів для змін. Стратегія включає активне слухання, відкриті запитання, рефлексивне слухання, аффірмації та узагальнення для підтримки клієнта в розумінні його перешкод до змін та мотивації для досягнення цілей.

2) Самоспостереження. Клієнт фіксує свої харчові звички, що дозволяє йому свідомо ставитися до свого вибору їжі і виявляти патерни поведінки, які потребують корекції.

3) Використання заміників їжі та структуровані плани харчування. Це може включати використання менш калорійних або більш здорових заміників звичних продуктів, а також розробку чітких планів харчування для регулярного та збалансованого споживання їжі.

4) Стратегії заохочень. Використання позитивних підкріплень за досягнення цілей допомагає підтримувати мотивацію клієнта та заохочувати здорові харчові звички.

5) Вирішення проблем. Техніки вирішення проблем дають змогу клієнтам знайти альтернативні стратегії для подолання труднощів, які можуть виникнути при зміні харчових звичок.

6) Соціальна підтримка. Оточення людини має великий вплив на її харчову поведінку, тому важливо залучати підтримку родини, друзів або груп підтримки для успішних змін.

7) Постановка цілей. Клієнти ставлять конкретні, досяжні цілі щодо свого харчування, що дозволяє їм оцінити прогрес та мотивує до змін.

8) Когнітивна реструктуризація. Цей метод допомагає змінити негативні чи спотворені переконання про їжу та харчування, замінюючи їх більш здоровими та конструктивними.

9) Стрес-менеджмент. Вивчення технік управління стресом (наприклад, релаксаційні методи чи медитація) може бути корисним для зменшення емоційного їдання та інших деструктивних звичок.

10) Контроль подразників. Зменшення зовнішніх факторів, які можуть спонукати до неправильних харчових виборів, таких як стрес, занепокоєння чи соціальні ситуації.

Емпіричні дослідження показали, що мотиваційне опитування є ефективним додатковим компонентом до когнітивно-біхевіоральної програми або програми самодопомоги для людей з розладами харчової поведінки [22]. Результати аналізу підтвердили, що мотиваційне опитування значно підсилює дотримання рекомендацій та покращує важливі показники, такі як глікемічний контроль, зниження жирових відкладень, збільшення споживання фруктів і овочів, а також втрату маси тіла. Це підкреслює важливість застосування мотиваційних технік для поліпшення результатів корекції харчових звичок.

Самоспостереження є ключовою стратегією в когнітивно-біхевіоральній терапії та соціально-когнітивній теорії для корекції харчової поведінки. Цей

метод передбачає записування клієнтом своїх думок, емоцій, актів харчової поведінки, фізичної активності та медичних показників (наприклад, рівня цукру в крові чи артеріального тиску) [59]. Ці записи використовуються для виявлення тригерів (факторів, що провокують певну поведінку) та патернів (повторюваних схем поведінки), що допомагає клієнту краще розуміти власну поведінку і коригувати її. Разом з клієнтом переглядаються ці записи для аналізу ситуацій, коли виникають проблеми, а також для постановки цілей та вирішення проблем.

Емпіричні дослідження, підтверджують, що самоспостереження харчової поведінки має значущий позитивний вплив на результати, що стосуються харчування, і може призвести до втрати ваги [60]. Наприклад, клієнти, які активно вели записи про своє харчування, показали кращі результати у зниженні ваги. У кількох дослідженнях було продемонстровано, що ті, хто був більш наполегливий у самоспостереженні, досягали значно кращих результатів у процесі втрати ваги, порівняно з тими, хто не використовував цю стратегію або застосовував її менш активно.

Заміна їжі та структуровані харчові плани – ще одна ефективна стратегія, яка використовується для контролю харчових звичок. Заміна їжі допомагає клієнтам зменшити час, витрачений на роздуми про вибір їжі та приготування страв. Це знижує ймовірність переїдання, оскільки не виникає бажання споживати спокусливу їжу або виникає менше контактів з їжею, що може провокувати надмірне споживання. Структуровані плани харчування, у свою чергу, допомагають контролювати розміри порцій, що є важливим аспектом у процесі модифікації харчових звичок.

Дослідження показали, що біхевіоральна програма з заміною їжі була більш ефективною, ніж програма без заміників їжі або індивідуальне консультування. У дослідженнях Ешлі та співавторів було виявлено, що такий підхід сприяє значнішому зниженню ваги, оскільки зменшується ризик переїдання та краще контролюється споживання калорій [49].

У процесі психологічного консультування з харчової поведінки застосовуються різні стратегії винагороди, що можуть включати систематичні

винагороди за певні досягнення, такі як відвідування консультацій, ведення щоденника харчування, досягнення визначених цілей (наприклад, втрата ваги). Проте деякі дослідження, зокрема дослідження [50], показали, що фінансові винагороди не мали істотного терапевтичного ефекту у зміні харчових звичок, що свідчить про обмеження такого підходу.

Техніки вирішення проблем є важливою стратегією в консультуванні, де разом з клієнтом ідентифікуються перешкоди на шляху до досягнення цілей, оцінюються можливі варіанти вирішення, застосовуються рішення, а потім аналізується їх ефективність. Дослідження показали, що ця стратегія допомагає забезпечити стабільне зниження ваги та покращення показників харчування, фізичної активності і самоефективності у клієнтів з надмірною вагою або діабетом.

Соціальна підтримка також визнана важливим фактором для зміни харчової поведінки [30]. Це може включати підтримку з боку родини, друзів, колег та фахівців. Соціальна підтримка може покращити фізичну активність та споживання здорової їжі. Хоча деякі дослідження не виявили значного ефекту від залучення партнера в терапевтичний процес [31], інші показали позитивний вплив соціальної підтримки на харчову поведінку та фізичну активність.

Загалом, клієнт-центрований підхід у консультуванні з харчової поведінки є ключовим для попередження та лікування хронічних захворювань [35]. Програми, засновані на когнітивно-біхевіоральній терапії, можуть значно полегшити зміни в поведінці, спрямовані на зниження ризику серцево-судинних захворювань, лікування діабету та зниження ваги.

Емпіричні дослідження підтверджують ефективність таких стратегій, як самоспостереження, мотиваційне опитування (особливо в комбінації з когнітивно-біхевіоральною терапією), а також заміна їжі та структуровані плани харчування [36]. Водночас, фінансові винагороди не показали значущого ефекту. Необхідні подальші дослідження для більш детальної оцінки ефективності інших стратегій, таких як постановка цілей і вирішення проблем, на більш великих вибірках та з різноманітними цілями консультування.

Висновок до першого розділу

Як висновок, варто зазначити, що аналіз понять «харчова поведінка» та «розлад харчової поведінки» у науковій психологічній літературі демонструє їх складну і багатогранну природу. Харчова поведінка формується як результат взаємодії біологічних, психологічних і соціокультурних факторів і відображає не тільки фізіологічні потреби, а й соціальні, психологічні та емоційні аспекти, включаючи ставлення до їжі, культурні та соціальні стереотипи харчування. Важливу роль у формуванні харчової поведінки відіграють гендерні та індивідуальні відмінності, а також соціальний контекст, який визначає звички та уподобання в їжі.

З іншого боку, розлади харчової поведінки, які включають анорексію, булімію та компульсивне переїдання, є серйозними психічними порушеннями, що значно впливають на фізичне та психічне здоров'я людини. Вони можуть мати різні причини, від соціокультурних до психологічних і біологічних факторів, що призводять до порушень звичного способу харчування та сприйняття власного тіла. Важливими чинниками ризику є соціальний тиск, сімейні обставини, особистісні характеристики, а також генетична схильність. Розуміння цих факторів дозволяє не лише описати розлади харчової поведінки, але й ефективно боротися з ними через комплексний підхід до лікування та профілактики.

У розглянутому розділі ми дослідили основні фактори, що впливають на харчову поведінку жінок, включаючи біологічні, психологічні, соціальні та культурні аспекти. Зокрема, життєвий шлях та контексти, в яких змінюються харчові вибори, надають глибше розуміння того, як етапи життя та життєві трансформації, такі як вагітність чи старіння, визначають зміни в харчових звичках. Кризи та важливі моменти життя, такі як вступ до шлюбу, зміна роботи чи народження дитини, здатні формувати нові траєкторії харчових виборів, в результаті чого звички можуть поступово трансформуватися залежно від нових обставин.

Також, на вибір їжі значно впливають соціальні фактори, такі як взаємодія з близькими людьми, культурні та релігійні норми, а також економічні та маркетингові умови. Взаємодія цих різноманітних впливів створює унікальні харчові патерни для кожної жінки. Отже, для більш повного розуміння харчової поведінки необхідно враховувати ці фактори як інтегровану систему, де кожен аспект (особисті переконання, соціальні стосунки, економічні ресурси) взаємодіє, визначаючи вибір їжі та поведінку в цілому.

У першому розділі було розглянуто основні стратегії та методи психологічної допомоги при розладах харчової поведінки, що включають в себе використання перевірених теорій і технік, таких як когнітивно-біхевіоральна терапія та соціально-когнітивна теорія. Емпіричні дослідження підтверджують ефективність таких стратегій, як самоспостереження, мотиваційне опитування, заміна їжі та структуровані плани харчування для корекції харчової поведінки у жінок з розладами харчової поведінки. Ці методи сприяють змінам у харчових звичках, покращенню фізичної активності та загальному здоров'ю клієнтів, надаючи їм інструменти для ефективного управління своїми харчовими звичками.

Попри доведені переваги, важливо зазначити, що для досягнення стійких результатів необхідно застосовувати індивідуалізовані підходи, які враховують рівень мотивації, соціальну підтримку та зовнішні чинники, що можуть впливати на процес змін. Майбутні дослідження повинні зосередитися на більш детальній оцінці впливу таких стратегій, як постановка цілей і вирішення проблем, а також оцінці довгострокових ефектів психологічних інтервенцій на поведінку та здоров'я людей.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК

2.1. Методи дослідження психологічних особливостей розладів харчової поведінки у жінок

З метою дослідження психологічних особливостей розладів харчової поведінки у жінок застосовують різноманітні методи, що допомагають зрозуміти, як індивідуальні та соціальні чинники впливають на виникнення й перебіг цих розладів. Основні методи включають клінічні, психологічні, психометричні, а також експериментальні дослідження, що забезпечують комплексний аналіз як психоемоційних, так і поведінкових аспектів.

Анкетування та опитувальники – один із найбільш розповсюджених методів, який допомагає оцінити харчові звички, ставлення до їжі, тривожність, самооцінку та інші психологічні аспекти, пов'язані з розладами харчової поведінки. Зокрема, використовуються такі інструменти, як Eating Attitudes Test (EAT), Eating Disorder Inventory (EDI), Questionnaire on Eating and Weight Patterns та Body Shape Questionnaire [60]. Ці опитувальники надають цінну інформацію про наявність симптомів розладів харчової поведінки, наприклад, анорексії чи булімії, а також про ступінь незадоволеності власним тілом.

Психологічне інтерв'ю – дозволяє глибше зрозуміти внутрішні переживання пацієнток, їхні особисті переконання та емоційні проблеми, які сприяють розладам харчової поведінки [44]. Напівструктуровані або глибинні інтерв'ю дають змогу виявити тригери, роль стресу та сімейних обставин у формуванні розладів, а також визначити індивідуальні цілі терапії.

Спостереження – метод, що дозволяє досліднику безпосередньо оцінити поведінку клієнта в природних або лабораторних умовах [42]. Спостереження може проводитися за певними патернами харчової поведінки, зокрема,

виявленню емоційних реакцій на різні види їжі, що надає додатковий контекст до даних, зібраних за допомогою опитувальників.

Когнітивно-поведінкове тестування – включає застосування когнітивно-поведінкових завдань, які допомагають виявити когнітивні викривлення та негативні установки щодо харчування, тіла і самооцінки [43]. Наприклад, методи когнітивної реструктуризації можуть використовуватися для дослідження та корекції викривлених переконань, пов'язаних із вагою та їжею.

Фізіологічні методи – для оцінки стресових реакцій та емоційної регуляції можуть використовуватися біомаркери стресу, такі як рівень кортизолу або частота серцевих скорочень [41]. Це дозволяє визначити зв'язок між психоемоційним станом жінок та їх харчовою поведінкою, а також оцінити ефективність терапевтичних втручань.

Експериментальні дослідження – передбачають створення контрольованих умов, де можна оцінити вплив конкретних змінних, таких як рівень стресу чи самооцінки, на поведінкові реакції щодо харчування [46]. Експерименти дозволяють зробити висновки про причинно-наслідкові зв'язки між психологічними факторами і харчовими розладами.

Методи самоспостереження та ведення щоденників – клієнтки фіксують свої щоденні харчові звички, емоційні стани та думки щодо їжі [45]. Це сприяє глибшому усвідомленню власної поведінки, виявленню тригерів, а також дозволяє психологу аналізувати динаміку поведінки клієнтки в процесі терапії.

Поєднання цих методів дозволяє отримати всебічне уявлення про психологічні особливості розладів харчової поведінки у жінок, а також розробити індивідуальні стратегії для їхнього подолання та запобігання рецидивам.

У даному розділі нами наведено методи, які використані задля дослідження психологічних особливостей розладів харчової поведінки у жінок, а саме: голландський опитувальник харчової поведінки, тест на співзалежність в стосунках (шкала Спанн-Фішер) та методика «Опитувальник самоорганізації діяльності».

2.2. Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ)

Голландський опитувальник харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ) є одним із найпоширеніших інструментів для діагностики різних типів харчової поведінки. Він був розроблений для оцінки трьох ключових аспектів харчової поведінки: емоційної, зовнішньої та обмежувальної. Опитувальник дозволяє виявити, як ці аспекти впливають на схильність людини до переїдання або, навпаки, до суворого контролю над своїм харчуванням. Голландський опитувальник харчової поведінки широко застосовується в психології, дієтології та дослідженнях харчових розладів завдяки високій надійності та валідності.

Структура опитувальника. Голландський опитувальник харчової поведінки складається з 33 тверджень, згрупованих у три підшкали:

1) Емоційна харчова поведінка (13 тверджень) – оцінює, як часто людина вдається до їжі під впливом різних емоційних станів, таких як сум, стрес, злість або тривога. Ця підшкала дозволяє виявити, чи використовує індивід їжу як спосіб справлятися з негативними емоціями.

2) Зовнішня харчова поведінка (10 тверджень) – оцінює реакцію індивіда на зовнішні стимули, що провокують прийом їжі, незалежно від відчуття фізичного голоду. Сюди відносяться ситуації, коли людина їсть через вигляд, запах чи наявність їжі, навіть якщо вона не відчуває голоду.

3) Обмежувальна харчова поведінка (10 тверджень) – вимірює тенденцію до свідомого обмеження споживання їжі для контролю за вагою або формою тіла. Ця підшкала показує, наскільки індивід намагається дотримуватися дієти або зменшувати обсяги споживаної їжі.

Методологія оцінювання. Кожне твердження в голландському опитувальнику харчової поведінки оцінюється за п'ятибальною шкалою Лайкерта, де 1 – «ніколи», а 5 – «дуже часто». Високий бал за кожною з підшкал свідчить про яскраво виражений тип харчової поведінки: високі бали за емоційною підшкалою вказують на тенденцію до емоційного переїдання, високі

бали за зовнішньою підшкалою – на підвищену чутливість до зовнішніх харчових стимулів, а високі бали за обмежувальною підшкалою – на виражену обмежувальну харчову поведінку.

Психометричні властивості. Голландський опитувальник харчової поведінки має високі показники надійності та валідності. Коефіцієнт внутрішньої узгодженості (коефіцієнт α Кронбаха) для трьох підшкал становить 0,80 і вище, що підтверджує високу внутрішню надійність. Валідність опитувальника також була підтверджена в ряді досліджень, що виявили значущі зв'язки між результатами DEBQ та показниками харчових розладів, ІМТ (індексом маси тіла), а також іншими психологічними характеристиками, як-от рівень стресу та депресії.

Практичне застосування. Голландський опитувальник харчової поведінки є корисним інструментом для діагностики розладів харчової поведінки та виявлення схильностей до певного типу харчової поведінки, що може сприяти розвитку ожиріння або інших порушень. Він широко використовується у клінічній практиці для оцінки поведінки пацієнтів із розладами харчової поведінки, зокрема анорексією, булімією та компульсивним переїданням. Крім того, голландський опитувальник харчової поведінки застосовується у психологічних дослідженнях для оцінки впливу емоційних та соціальних факторів на харчову поведінку, що допомагає глибше зрозуміти механізми цих розладів та розробити відповідні інтервенції.

Наведемо питання голландського опитувальника харчової поведінки за категоріями:

Емоційне харчування (13 питань). Цей розділ оцінює, наскільки людина схильна до переїдання у відповідь на емоції:

Чи їсте ви більше, коли почуваетесь пригніченими?

Чи їсте ви більше, коли відчуваєте себе неспокійними?

Чи їсте ви більше, коли відчуваєте себе самотніми?

Чи їсте ви більше, коли почуваетесь злими?

Чи їсте ви більше, коли відчуваєте себе невпевненими?

Чи їсте ви більше, коли вам не вистачає уваги з боку інших?

Чи їсте ви більше, коли відчуваєте себе розчарованими?

Чи їсте ви більше, коли вам нудно?

Чи їсте ви більше, коли відчуваєтеся щасливими?

Чи їсте ви більше, коли радієте чомусь?

Чи їсте ви більше, коли вас переповнює задоволення?

Чи їсте ви більше, коли відчуваєте себе комфортно?

Чи їсте ви більше, коли вам весело?

Екстернальне харчування (10 питань). Цей розділ визначає, наскільки людина схильна до вживання їжі під впливом зовнішніх стимулів (наприклад, запах їжі, вигляд страв):

Якщо ви бачите смачну їжу, чи виникає у вас бажання з'їсти її?

Якщо ви бачите когось, хто щось їсть, чи виникає у вас бажання з'їсти те ж саме?

Якщо ви проходите повз кондитерську чи магазин із продуктами, чи відчуваєте ви бажання щось купити?

Чи відчуваєте ви бажання поїсти, коли хтось інший пригощається смачною їжею?

Чи хочеться вам щось з'їсти, коли ви бачите рекламу їжі?

Чи їсте ви більше, коли хтось пригощає вас їжею?

Чи їсте ви більше, коли бачите на столі смачні продукти?

Чи їсте ви більше, коли у вас є легкий доступ до їжі?

Чи виникає у вас сильний апетит, коли ви відчуваєте запах смачної їжі?

Чи їсте ви більше, коли поруч із вами є багато їжі?

Обмежувальне харчування (10 питань). Цей розділ оцінює схильність людини до обмежувальної дієти та контролю за харчуванням:

Чи відмовляєтеся ви від їжі, навіть якщо відчуваєте голод?

Чи обмежуєте ви кількість їжі, щоб не набрати зайву вагу?

Чи намагаєтеся ви їсти менше, щоб не погладшати?

Чи свідомо контролюєте ви кількість спожитої їжі, щоб не набрати вагу?

Чи намагаєтеся ви їсти менше під час прийому їжі, щоб не набрати вагу?

Чи відмовляєтеся від їжі, навіть якщо відчуваєте себе голодним, щоб не набрати вагу?

Чи намагаєтеся ви обмежувати свої порції, навіть якщо відчуваєте голод?

Чи уникаєте ви їжі з високим вмістом калорій?

Чи їсте ви менше, ніж хочете, під час прийому їжі, щоб не погладшати?

Чи припиняєте ви їсти під час прийому їжі, щоб уникнути набору ваги?

Отже, голландський опитувальник харчової поведінки є ефективним діагностичним інструментом для оцінки різних типів харчової поведінки, зокрема емоційної, зовнішньої та обмежувальної. Його структурованість, висока надійність та валідність роблять його корисним для використання у клінічних та дослідницьких цілях, а також у процесі індивідуальної терапії для розуміння специфіки харчової поведінки пацієнта та розробки персоналізованих методів корекції.

2.3. Тест на співзалежність в стосунках (шкала Спанн-Фішер)

Тест на співзалежність у стосунках (шкала Спанн-Фішер) є інструментом, призначеним для оцінки рівня співзалежності у стосунках жінки, яка має розлади харчової поведінки, зокрема в близьких емоційних зв'язках. Цей тест дає можливість виявити характерні риси співзалежної поведінки, такі як надмірне занурення в інтереси, потреби й емоції партнера, відсутність особистих кордонів, прагнення до жертвування собою заради іншого тощо.

Мета тесту. Основною метою тесту є вимірювання схильності жінки, яка має розлади харчової поведінки до співзалежності, тобто визначення, наскільки жінки схильні до поведінки та мислення, що свідчать про залежність від партнера або значущої особи, невміння відокремити власні інтереси та емоції від інтересів і емоцій іншої людини.

Опис шкали. Шкала Спанн-Фішер містить 16 тверджень, які оцінюються за 6-бальною шкалою:

1 – зовсім не згоден;

6 – повністю згоден.

Жінки, які мають розлади харчової поведінки відповідають на запитання, оцінюючи свою згоду з кожним твердженням, і результати підсумовуються для оцінки загального рівня співзалежності.

Процедура проведення.

Інструктаж: жінкам, які мають розлади харчової поведінки надаються детальні інструкції щодо мети тесту та шкали оцінювання.

Заповнення тесту: респондентам пропонується послідовно оцінити кожне з 16 тверджень відповідно до того, наскільки вони вважають їх правдивими стосовно себе. Важливо, щоб жінка відповідала чесно та інтуїтивно.

Аналіз відповідей: результати фіксуються та готуються для подальшого аналізу.

Обробка результатів. Загальний бал, отриманий після складання суми всіх відповідей, відображає рівень співзалежності жінки, яка має розлади харчової поведінки. Мінімально можливий бал – 16, максимальний – 96 балів. Чим вищий підсумковий бал, тим вище рівень співзалежності в жінки, яка має розлади харчової поведінки.

Інтерпретація результатів:

16 – 32 бали: низький рівень співзалежності у жінки, яка має розлади харчової поведінки. Такий результат свідчить про те, що жінка має чіткі особистісні межі у відносинах і здатна дотримуватись автономії.

33 – 64 бали: помірний рівень співзалежності у жінки, яка має розлади харчової поведінки. Жінка може мати деякі ознаки співзалежності, але вони не є надмірними і не мають істотного впливу на загальний стан особистості та взаємодію з партнером.

65 – 96 балів: високий рівень співзалежності у жінки, яка має розлади харчової поведінки. Показники свідчать про те, що респондент, ймовірно, має

ознаки співзалежної поведінки, що може бути шкідливим для її психологічного стану і взаємодії в стосунках.

Наведемо 16 тверджень тесту на співзалежність у стосунках за шкалою Spann-Фішер. Кожне твердження оцінюється за 6-бальною шкалою: 1 (зовсім не згоден) до 6 (повністю згоден):

Я почуваюся добре лише тоді, коли інша людина почувається добре.

Мої особисті потреби є другорядними порівняно з потребами близьких мені людей.

Я надаю перевагу їхньому щастю перед власним.

Важливо, щоб інші схвалювали мої дії, щоб я відчувала себе впевнено.

Коли я у відносинах, я часто відчуваю тривогу через можливу втрату партнера.

Мені буває важко сказати «ні» людям, навіть коли це суперечить моїм інтересам.

Я почуваюся винною, коли не можу задовольнити очікування інших.

Моє самопочуття залежить від емоційного стану мого партнера.

Мені здається, що без партнера моє життя не буде повноцінним.

Я відчуваю, що постійно маю підтримувати та допомагати іншим, навіть ціною своїх інтересів.

Я схильна уникати конфліктів, навіть коли я незадоволена ситуацією.

Мені важко приймати рішення без консультації з іншими.

Моя самооцінка залежить від того, наскільки інші цінують мене.

Коли я у відносинах, мені важко уявити себе як окрему особистість.

Я прагну контролювати ситуації, щоб уникнути небажаних змін у відносинах.

Я більше турбуюся про те, щоб підтримати інших, ніж про свої власні потреби.

Цей тест на співзалежність в стосунках є зручним і доступним інструментом для оцінки схильності до співзалежності жінки, яка має розлади харчової поведінки.

2.4. Методика «Опитувальник самоорганізації діяльності»

Методика «Опитувальник самоорганізації діяльності» розроблена для оцінки рівня самоорганізації особистості у різних видах діяльності. Цей опитувальник дозволяє виявити рівень розвиненості навичок планування, самоконтролю, самомотивації, а також здатності до організації власного часу та ресурсів для досягнення цілей жінки, яка має розлади харчової поведінки.

Мета методики. Метою опитувальника є визначення ступеня самоорганізації жінки, яка має розлади харчової поведінки в контексті діяльності та її ефективності. Зокрема, методика допомагає:

- оцінити здатність жінки, яка має розлади харчової поведінки до планування та контролю своїх дій;
- виявити рівень мотивації та відповідальності у виконанні завдань;
- оцінити вміння жінки, яка має розлади харчової поведінки ефективно організовувати час і ресурси.

Методика корисна для психологів, які консультують жінок із розладами харчової поведінки, які прагнуть розвивати навички управління власною діяльністю.

Структура та процедура проведення. Опитувальник містить близько 40 тверджень, що описують різні аспекти самоорганізації та ставлення до завдань жінки, яка має розлади харчової поведінки. Твердження стосуються таких тем:

- 1) планування: визначення цілей, складання плану дій;
- 2) самоконтроль: здатність дотримуватися плану, аналізувати прогрес;
- 3) самомотивація: рівень внутрішньої мотивації для досягнення результатів;
- 4) організація часу та ресурсів: управління часом, вибір пріоритетів;
- 5) виконання завдань: послідовність, наполегливість, відповідальність.

Наведено запитання, які використано нами в емпіричному дослідженні за методикою опитувальника самоорганізації діяльності жінки, яка має розлади харчової поведінки.

Тема: «Планування», питання, які включено:

Чи встановлюю я чіткі цілі перед тим, як розпочати виконання завдань?

Чи розподіляю я завдання на окремі етапи для зручнішого виконання?

Чи визначаю я терміни для виконання кожного етапу завдання?

Чи аналізую я можливі перешкоди та труднощі при плануванні завдань?

Самоконтроль:

Чи стежу я за тим, щоб виконувати завдання згідно з планом?

Чи перевіряю я себе під час виконання завдань, щоб уникнути помилок?

Чи оцінюю я власний прогрес у виконанні поставлених цілей?

Чи зупиняюсь я на півдорозі, якщо бачу, що виконання завдання йде не так?

Самомотивація:

Чи здатна я мотивувати себе працювати навіть тоді, коли відчуваю втому?

Чи знаходжу я додаткові причини, щоб завершити завдання, яке мені не подобається?

Чи можу я змусити себе почати виконання складного завдання без зовнішнього тиску?

Чи відчуваю я задоволення від виконання запланованих завдань?

Організація часу та ресурсів:

Чи ретельно я розподіляю свій час між різними завданнями?

Чи виділяю я достатньо часу для підготовки та завершення кожного етапу роботи?

Чи вмію я відмовлятися від другорядних завдань на користь більш важливих?

Чи здатна я працювати в умовах обмеженого часу?

Виконання завдань та відповідальність:

Чи беру я на себе відповідальність за досягнення поставлених цілей?

Чи завершую я роботу навіть тоді, коли виникають непередбачені обставини?

Чи віддаю я перевагу якісному виконанню завдання перед швидкістю?

Чи обмірковую я, як поліпшити процес виконання завдань у майбутньому?

Аналіз та інтерпретація результатів методики. Жінки оцінюють кожне твердження за шкалою, яка зазвичай має 5 градацій: від «зовсім не згоден» до «повністю згоден»:

- 1 – зовсім не згоден;
- 2 – не зовсім згоден;
- 3 – частково згоден;
- 4 – здебільшого згоден;
- 5 – повністю згоден.

Підсумовуючи бали, отримані за кожне запитання, в емпіричному дослідженні нами зроблено висновки щодо рівня самоорганізації респондентів у різних сферах діяльності, а також визначено сильні та слабкі сторони у самоуправлінні та самодисципліні жінки, яка має розлади харчової поведінки. Для обробки результатів підсумовуються бали за кожним розділом та виводиться загальний рівень самоорганізації.

Рівень планування: високий бал свідчить про здатність жінки, яка має розлади харчової поведінки до ретельного визначення цілей та продумування шляхів їх досягнення.

Самоконтроль: високі показники вказують на здатність жінки, яка має розлади харчової поведінки до ефективного самоконтролю в процесі діяльності.

Самомотивація: високий рівень означає наявність сильної внутрішньої мотивації у жінки, яка має розлади харчової поведінки.

Організація часу та ресурсів: високі результати вказують на здатність жінки, яка має розлади харчової поведінки ефективно організовувати час.

Виконання завдань: високий бал свідчить про послідовність та відповідальність у роботі жінки, яка має розлади харчової поведінки.

Залежно від загальної кількості набраних балів можна визначити загальний рівень самоорганізації.

Високий рівень самоорганізації – жінка, яка має розлади харчової поведінки здатна ефективно планувати свої дії, контролювати процес виконання,

мобілізувати себе в умовах труднощів. Зазвичай це жінки із високою внутрішньою дисципліною, відповідальні та цілеспрямовані.

Середній рівень самоорганізації – жінка, яка має розлади харчової поведінки частково володіє навичками самоорганізації, але може стикатися з труднощами у плануванні або контролі своїх дій. В окремих випадках може бути нестача мотивації або слабкий контроль над ресурсами.

Низький рівень самоорганізації – жінка, яка має розлади харчової поведінки має суттєві труднощі у плануванні діяльності, самоконтролі та мотивації. Вона часто покладається на зовнішні обставини і може мати проблеми з дотриманням планів, завершенням завдань та ефективною організацією часу.

Використання та рекомендації. За підсумками тестування нами буде надано рекомендації щодо розвитку слабких сторін самоорганізації жінки, яка має розлади харчової поведінки, наприклад, навичок тайм-менеджменту, технік самомотивації або підвищення рівня відповідальності.

Висновок до розділу 2

У другому розділі нами представлено основні методи, які застосовуються для дослідження психологічних особливостей розладів харчової поведінки у жінок. Зокрема, Голландський опитувальник харчової поведінки використовується для аналізу специфічних аспектів харчової поведінки, таких як обмежувальне харчування, емоційне споживання їжі та схильність до переїдання. Цей інструмент дозволяє дослідникам ідентифікувати як когнітивні, так і емоційні патерни, які можуть сприяти формуванню розладів харчування, надаючи комплексну інформацію щодо психологічних чинників, що впливають на ці патерни.

Окрім цього, до методів включено тест на співзалежність у стосунках (шкала Спанн-Фішер), який оцінює рівень емоційної залученості та залежності, що часто є супутніми чинниками в розвитку харчових розладів. Додатково методика «Опитувальник самоорганізації діяльності» виявляє рівень

самоорганізації та самоконтролю, що є важливими аспектами поведінкових і терапевтичних стратегій при роботі з розладами харчової поведінки. Застосування цих методів забезпечує комплексний підхід до аналізу психологічних характеристик жінок з розладами харчування, дозволяючи визначити індивідуальні потреби і ризики для подальшої терапевтичної роботи.

У пп. 2.2 нами було розглянуто основні характеристики та функціональні можливості Голландського опитувальника харчової поведінки (DEBQ), який є ефективним інструментом для оцінки типів харчової поведінки, зокрема емоційної, зовнішньої та обмежувальної. Цей опитувальник має високу валідність і надійність, що робить його цінним для використання в дослідницькій практиці, особливо для діагностики розладів харчової поведінки. Зокрема, за допомогою DEBQ можна ідентифікувати типові патерни харчової поведінки, що можуть призводити до проблем з вагою та харчовими розладами, такими як емоційне переїдання або навпаки – надмірний контроль харчування.

Аналіз даних, зібраних за допомогою DEBQ, дозволяє нам виявити зв'язок між психологічними чинниками та харчовою поведінкою, що є важливим для розробки індивідуальних терапевтичних стратегій. Опитувальник може використовуватись як для скринінгу, так і для глибокого аналізу, допомагаючи визначити схильність жінки до певних типів харчової поведінки, а також виявити наявність тригерів, що впливають на емоційне або реактивне споживання їжі. Висновки, зроблені на основі результатів DEBQ, мають значний практичний потенціал у корекції харчових звичок і покращенні психоемоційного стану пацієнтів, що сприяє профілактиці та лікуванню розладів харчової поведінки.

У пп. 2.3 нами було проаналізовано тест на співзалежність у стосунках, який базується на шкалі Спанн-Фішер та є ефективним інструментом для оцінки рівня співзалежності в жінок із розладами харчової поведінки. Цей тест дозволяє визначити схильність до співзалежної поведінки у стосунках, що включає надмірну емоційну залежність, жертвування власними інтересами та невміння відокремити особисті потреби від потреб партнера. Високий рівень співзалежності, за результатами тесту, вказує на наявність негативного впливу

на емоційний стан жінки, що може поглиблювати розлади харчової поведінки та впливати на якість її взаємодії з партнером.

Оцінка рівня співзалежності за допомогою шкали Спанн-Фішер дає змогу глибше зрозуміти психологічні аспекти особистісних і соціальних взаємодій, зокрема схильність до обмеження особистих кордонів і залежності від оцінки інших. Результати тесту можуть допомогти у виявленні та корекції деструктивних патернів у відносинах, що є особливо важливим для створення здорової емоційної атмосфери. Використання цієї шкали в дослідницькій практиці сприяє розробці терапевтичних стратегій, орієнтованих на зниження рівня співзалежності та покращення якості життя жінок із розладами харчової поведінки.

Розглянута нами методика «Опитувальник самоорганізації діяльності» дозволяє глибоко проаналізувати рівень розвитку навичок самоуправління та самодисципліни жінок із розладами харчової поведінки, що є ключовими для організації ефективної діяльності. Зокрема, за допомогою цього опитувальника можна оцінити здатність до планування, самоконтролю, самомотивації, а також управління часом і ресурсами. Виявлення сильних і слабких сторін у цих аспектах сприяє формуванню уявлення про ступінь самодостатності в діяльності, що, у свою чергу, є важливим компонентом психотерапевтичної роботи з цією групою респонденток.

Результати опитування дозволяють визначити загальний рівень самоорганізації, що є значущим для розробки індивідуальних рекомендацій. Жінкам із високими показниками може знадобитися підтримка в збереженні мотивації й вдосконаленні планування, тоді як жінки з низьким рівнем самоорганізації потребуватимуть спеціальних технік для розвитку навичок тайм-менеджменту та самоконтролю. Таким чином, методика не лише дає змогу оцінити поточний рівень самоорганізації, але й визначає напрямки особистісного вдосконалення, що може сприяти ефективнішій роботі над психоемоційними та поведінковими аспектами особистості, пов'язаними з розладами харчової поведінки.

РОЗДІЛ 3

ХІД ТА РЕЗУЛЬТАТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК ТА ОСНОВНИХ ЗАСОБІВ ЇХ ПСИХОКОРЕКЦІЇ

3.1. Організація проведення емпіричного дослідження розладів харчової поведінки у жінок

Метою емпіричного дослідження є виявлення особливостей розладів харчової поведінки у жінок репродуктивного віку та визначення їхнього взаємозв'язку з рівнем співзалежності у стосунках і самоорганізацією діяльності. Встановлення цих взаємозв'язків дозволить глибше зрозуміти психологічні чинники, які сприяють розвитку розладів харчової поведінки, а також визначити можливі шляхи корекції та профілактики цього явища.

Завдання дослідження. Для досягнення поставленої мети було визначено такі завдання:

Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення розладів харчової поведінки та їхніх детермінантів.

Відібрати та обґрунтувати використання психодіагностичних методик для вивчення особливостей харчової поведінки, співзалежності у стосунках і самоорганізації діяльності.

Провести діагностику вибірки жінок репродуктивного віку за допомогою обраних методик.

Визначити взаємозв'язок між показниками розладів харчової поведінки та рівнем співзалежності у стосунках.

Встановити кореляційні зв'язки між особливостями самоорганізації діяльності та розладами харчової поведінки.

Проаналізувати отримані результати та сформулювати рекомендації для психологічної корекції та профілактики розладів харчової поведінки у жінок.

Гіпотези дослідження. На основі аналізу наукових джерел і попередніх досліджень було сформульовано такі гіпотези:

Основна гіпотеза: Існує взаємозв'язок між розладами харчової поведінки та рівнем співзалежності у стосунках у жінок репродуктивного віку.

Часткові гіпотези:

Жінки з високим рівнем співзалежності у стосунках демонструють більш виражені ознаки розладів харчової поведінки.

Порушення самоорганізації діяльності корелюють із наявністю розладів харчової поведінки.

Жінки з низьким рівнем самоорганізації частіше схильні до емоційного переїдання та обмежувальної дієти як форми контролю.

Обґрунтування актуальності гіпотез. Проблема розладів харчової поведінки є гострою для сучасного суспільства, особливо для жінок репродуктивного віку, які часто перебувають під впливом соціальних, психологічних і міжособистісних стресорів [19]. Співзалежність у стосунках може виступати фактором, що посилює розлади харчової поведінки через потребу контролю або компенсації емоційних переживань. Водночас самоорганізація діяльності є важливим чинником, що забезпечує ефективне управління особистими ресурсами та стресом, тому її порушення може сприяти формуванню нездорових харчових звичок.

Таким чином, перевірка цих гіпотез дозволить краще зрозуміти взаємозв'язок між психологічними чинниками та харчовою поведінкою, що має практичне значення для розробки психологічних інтервенцій та програм підтримки жінок, які страждають на розлади харчової поведінки.

Для проведення емпіричного дослідження розладів харчової поведінки у жінок було обрано три психодіагностичні методики, кожна з яких дозволяє оцінити різні аспекти психічного стану та поведінки досліджуваних. Вибір цих методик обумовлений їхньою надійністю, валідністю та можливістю отримати кількісні та якісні результати.

Голландський опитувальник харчової поведінки. Цей інструмент дозволяє оцінити три типи харчової поведінки:

- Емоційне переїдання.
- Зовнішньообумовлене харчування.
- Обмежувальне харчування.

Використання цього опитувальника допомагає виявити, як різні психологічні стани впливають на патерни харчової поведінки, що є важливим для ідентифікації потенційних розладів.

Тест на співзалежність у стосунках (шкала Спанн-Фішер). Ця методика дозволяє виміряти рівень співзалежності у міжособистісних стосунках. Вона складається із серії тверджень, які оцінюють поведінкові та емоційні прояви співзалежності:

- Потреба в контролі над іншими.
- Надмірна турбота про потреби інших на шкоду власним.
- Емоційна залежність від партнерів або близьких людей.

Високі показники співзалежності можуть бути пов'язані з певними типами розладів харчової поведінки, такими як компульсивне переїдання або анорексія.

Методика «Опитувальник самоорганізації діяльності». Цей інструмент оцінює здатність людини до планування, організації та ефективного виконання завдань. Опитувальник включає такі шкали: цілепокладання, планування, контроль виконання. Низький рівень самоорганізації може свідчити про схильність до імпульсивної поведінки, що часто проявляється у розладах харчової поведінки.

Процедура дослідження. Етап підготовки:

Розробка інструкцій для учасниць дослідження.

Отримання інформованої згоди від кожної учасниці.

Забезпечення анонімності та конфіденційності результатів.

Етап діагностики. Усі 50 жінок репродуктивного віку проходили тестування за трьома методиками. Процедура проводилася індивідуально або в малих групах у зручний для учасниць час. Середній час на виконання тестування складав 60-90 хвилин.

Етап обробки результатів. Після збирання даних проводився аналіз результатів:

Кількісна обробка за допомогою статистичних методів (обчислення середніх значень, кореляцій).

Якісний аналіз для інтерпретації індивідуальних особливостей поведінки.

Переваги використаних методик. Висока надійність та валідність: усі обрані методики широко використовуються у клінічній та науковій практиці. Комплексний підхід: дозволяє дослідити взаємозв'язок між різними психологічними факторами та розладами харчової поведінки. Зручність застосування: тестування не вимагає спеціальних умов чи дорогого обладнання.

Таким чином, використання цих методик забезпечує всебічне вивчення проблеми та створює підґрунтя для подальших інтервенційних програм.

Вибірку для проведення емпіричного дослідження розладів харчової поведінки склали 50 жінок репродуктивного віку, які проживають на території України. Учасниці дослідження були відібрані за такими критеріями:

Віковий діапазон: у дослідженні брали участь жінки віком від 18 до 45 років. Цей вік є періодом, коли розлади харчової поведінки найчастіше проявляються або загострюються через вплив соціальних, психологічних та фізіологічних факторів.

Соціальний статус: до вибірки увійшли жінки різного соціального статусу та професійної зайнятості:

- Студентки вищих навчальних закладів.
- Працюючі жінки різних професій (офісні працівники, вчителі, медичні працівники тощо).

– Безробітні жінки або жінки в декретній відпустці.

Місце проживання: учасниці дослідження представляли різні регіони України, включаючи як міські, так і сільські райони. Такий підхід дозволив врахувати вплив соціокультурних умов на особливості харчової поведінки.

Стан здоров'я. До вибірки включено жінок, які:

Не мали тяжких соматичних захворювань, що могли б вплинути на результати дослідження.

Мали або підозрювали наявність порушень харчової поведінки (анорексія, булімія, компульсивне переїдання тощо).

Методи формування вибірки:

Добровільна участь: учасниці дослідження були залучені на основі добровільної згоди. Перед початком дослідження кожна жінка отримала інформовану згоду, де було описано мету, методи, а також принципи анонімності та конфіденційності.

Метод цілеспрямованого відбору: вибірка формувалася на основі цілеспрямованого відбору для забезпечення максимальної репрезентативності групи жінок, які потенційно мають розлади харчової поведінки або демонструють ризики їх виникнення.

Метод «снігової кулі»: частина учасниць була залучена за допомогою рекомендацій від інших жінок, які вже погодилися взяти участь у дослідженні. Це допомогло охопити ширший спектр соціальних і психологічних особливостей.

Процес збору даних.

Індивідуальні зустрічі: дослідження проводилося під час індивідуальних зустрічей із кожною учасницею. Це забезпечувало комфортні умови для проходження психодіагностичних методик.

Онлайн-анкетування: для зручності частина опитувань була проведена у форматі онлайн за допомогою захищених платформ (Google Forms). Онлайн-методика дозволила охопити жінок з різних регіонів країни та мінімізувати часові витрати.

Часовий інтервал: збір даних тривав протягом місяця. Кожна учасниця витратила близько 60-90 хвилин на проходження тестів і анкет.

Мотивація учасниць. Для забезпечення високої участі та мотивації учасниць були застосовані такі заходи:

- Психологічні консультації для тих, хто пройшов тестування.
- Інформативні матеріали про розлади харчової поведінки та їх профілактику.
- Гарантія анонімності та можливість отримати індивідуальну інтерпретацію результатів.

Етичні аспекти дослідження. Дослідження проводилося відповідно до етичних принципів психологічних досліджень:

- Отримання інформованої згоди від учасниць.
- Забезпечення добровільності участі.
- Гарантування анонімності та конфіденційності даних.
- Можливість відмови від участі на будь-якому етапі дослідження без негативних наслідків.

Таким чином, організація вибірки дослідження забезпечила репрезентативність, достовірність та етичність отриманих результатів.

Для емпіричного дослідження розладів харчової поведінки у жінок було обрано три основні психодіагностичні методики: Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ), тест на співзалежність у стосунках (шкала Спанн-Фішер) та методика «Опитувальник самоорганізації діяльності». Кожна з цих методик дозволяє комплексно аналізувати психологічні та поведінкові аспекти, пов'язані з харчовими звичками та факторами, що на них впливають.

1. Голландський опитувальник харчової поведінки. Мета методики: DEBQ використовується для оцінки різних типів харчової поведінки, таких як:

Емоційне харчування (вживання їжі у відповідь на негативні емоції).

Зовнішнє харчування (реакція на зовнішні подразники, такі як вигляд чи запах їжі).

Обмежувальне харчування (контроль за кількістю споживаної їжі для підтримки ваги).

Структура опитувальника. Опитувальник складається з 33 тверджень, що поділені на три шкали. Учасниці повинні оцінити, наскільки кожне твердження відповідає їхній поведінці за п'ятибальною шкалою від 1 («ніколи») до 5 («завжди»).

Інтерпретація результатів. Високі показники за певною шкалою вказують на схильність до відповідного типу харчової поведінки. Наприклад, емоційне харчування може свідчити про залежність від їжі як способу подолання стресу. Зовнішнє харчування вказує на підвищену реактивність до стимулів середовища. Обмежувальне харчування свідчить про схильність до дієт та контролю за вагою.

2. Тест на співзалежність у стосунках (шкала Спанн-Фішер)

Мета методики. Цей тест дозволяє оцінити рівень співзалежності у міжособистісних відносинах, що може впливати на психологічний стан жінки та її харчову поведінку. Структура тесту: Шкала Спанн-Фішер включає 16 тверджень, які оцінюються за шестибальною шкалою від 1 («зовсім не згодна») до 6 («повністю згодна»). Тест складається з трьох підшкал: Низька самооцінка. Схильність до надмірної відповідальності за інших. Нездорові емоційні межі.

Інтерпретація результатів. Високі показники за шкалою співзалежності можуть корелювати зі схильністю до емоційного харчування, оскільки жінки зі співзалежністю часто використовують їжу як засіб компенсації негативних емоцій або зняття стресу.

3. Методика «Опитувальник самоорганізації діяльності»

Мета методики: ця методика призначена для виявлення особливостей самоорганізації та рівня самоконтролю у повсякденному житті. Самоорганізація може мати вплив на здатність контролювати харчову поведінку та уникати компульсивного переїдання. Структура опитувальника: опитувальник містить 30 тверджень, які оцінюються за чотирибальною шкалою від 1 («ніколи») до 4 («завжди»). Твердження охоплюють такі аспекти, як:

- Планування діяльності.

- Цілеспрямованість.
- Організація часу.
- Контроль за виконанням завдань.

Інтерпретація результатів: низькі показники самоорганізації можуть свідчити про схильність до хаотичного способу життя, що часто супроводжується порушеннями харчової поведінки. Високі показники, навпаки, свідчать про здатність до контролю та дотримання здорових звичок.

Комплексне поєднання цих трьох методик дозволяє:

- Виявити основні типи порушень харчової поведінки.
- Проаналізувати психологічні фактори, що сприяють розвитку розладів.
- З'ясувати рівень самоорганізації та схильність до співзалежності як потенційні чинники ризику.

Таким чином, ці методики забезпечують всебічний підхід до дослідження розладів харчової поведінки, що є необхідним для подальшої розробки психокорекційних програм.

3.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження розладів харчової поведінки у жінок

Для проведення емпіричного дослідження було відібрано 50 жінок репродуктивного віку (від 18 до 45 років). Усі учасниці проживають на території України та погодилися добровільно взяти участь у дослідженні. Репродуктивний вік був обраний не випадково, адже саме в цей період ризик розвитку розладів харчової поведінки особливо високий через гормональні зміни, соціальні очікування та особистісні кризи.

Критерії включення у вибірку: вік від 18 до 45 років, проживання на території України, відсутність тяжких соматичних захворювань, добровільна згода на участь у дослідженні.

Критерії виключення з вибірки: вік молодше 18 або старше 45 років, виявлені психічні захворювання, що потребують медикаментозного лікування, вагітність або період лактації, відмова від участі у дослідженні.

Соціально-демографічні характеристики учасниць. Для забезпечення різноманітності та репрезентативності вибірки було враховано наступні соціально-демографічні показники:

Вікова структура вибірки:

- 18-25 років: 15 осіб (30%)
- 26-35 років: 20 осіб (40%)
- 36-45 років: 15 осіб (30%)

Сімейний стан:

- Заміжні: 25 осіб (50%)
- Незаміжні: 20 осіб (40%)
- Розлучені: 5 осіб (10%)

Освіта:

- Середня: 10 осіб (20%)
- Неповна вища: 15 осіб (30%)
- Вища: 25 осіб (50%)

Рівень зайнятості:

- Працюючі: 35 осіб (70%)
- Студентки: 10 осіб (20%)
- Тимчасово безробітні: 5 осіб (10%)

Обґрунтування вибірки. Обрана вибірка дозволяє дослідити різні аспекти харчової поведінки в контексті соціального життя жінок репродуктивного віку. Жінки цієї вікової групи часто зазнають впливу соціальних норм і стандартів краси, що може призводити до:

- незадоволеності тілесним образом;
- схильності до дієт і обмежувального харчування;
- емоційного переїдання у відповідь на стресові ситуації.

Етичні аспекти дослідження. Усі учасниці були ознайомлені з метою, завданнями та процедурами дослідження.

Дотримані такі етичні принципи:

Конфіденційність: дані учасниць були анонімізовані.

Інформована згода: перед початком дослідження кожна учасниця підписала форму згоди.

Добровільність: участь у дослідженні була добровільною, з можливістю відмови на будь-якому етапі.

Репрезентативність вибірки. Завдяки різноманіттю вікових, соціальних та освітніх характеристик вибірка є репрезентативною для жінок репродуктивного віку в Україні.

Це дозволяє екстраполювати отримані результати на ширшу популяцію та робити висновки про поширеність та особливості розладів харчової поведінки серед українських жінок.

Для обробки даних було використано такі статистичні методи:

Кореляційний аналіз Пірсона для визначення взаємозв'язків між рівнем співзалежності та розладами харчової поведінки.

Дисперсійний аналіз для виявлення відмінностей між різними групами учасниць залежно від типу харчової поведінки.

Описова статистика для підрахунку середніх значень, стандартних відхилень та відсоткових співвідношень.

Результати дослідження були узагальнені та представлені у таблицях для наочності.

Таблиця 3.1

Типи харчової поведінки серед досліджуваних жінок

Тип харчової поведінки	Кількість учасниць	Відсоток (%)
Обмежувальна поведінка	18	36%
Емоційна поведінка	22	44%
Зовнішня поведінка	10	20%

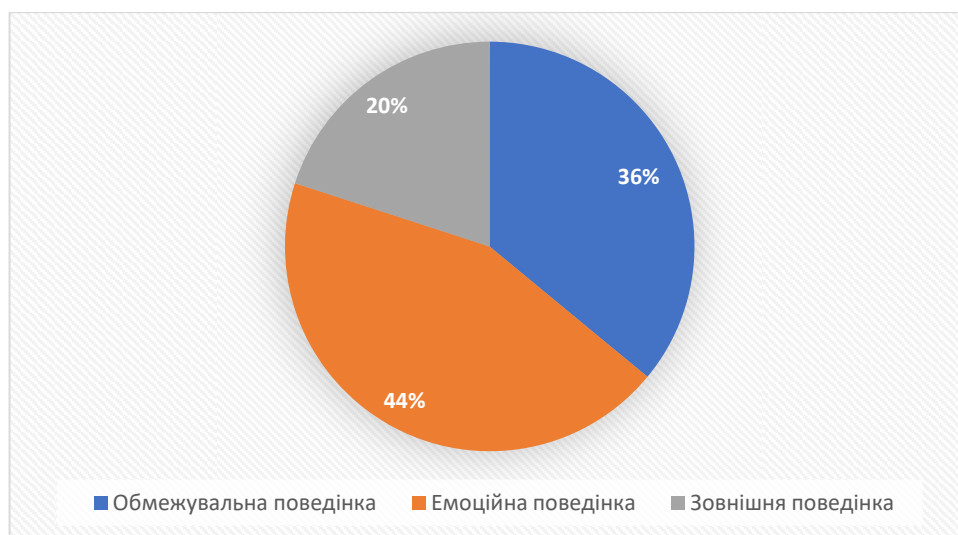


Рис. 3.1. Типи харчової поведінки серед досліджуваних жінок

Найбільш поширеним типом харчової поведінки виявилася емоційна поведінка (44%), що свідчить про схильність учасниць до переїдання під впливом емоційних станів, таких як стрес, тривога або смуток. Обмежувальна поведінка спостерігалася у 36% учасниць, що може вказувати на прагнення до контролю ваги через дієтичні обмеження.

Таблиця 3.2

Рівень співзалежності у стосунках

Рівень співзалежності	Кількість учасниць	Відсоток (%)
Високий	20	40%
Середній	25	50%
Низький	5	10%

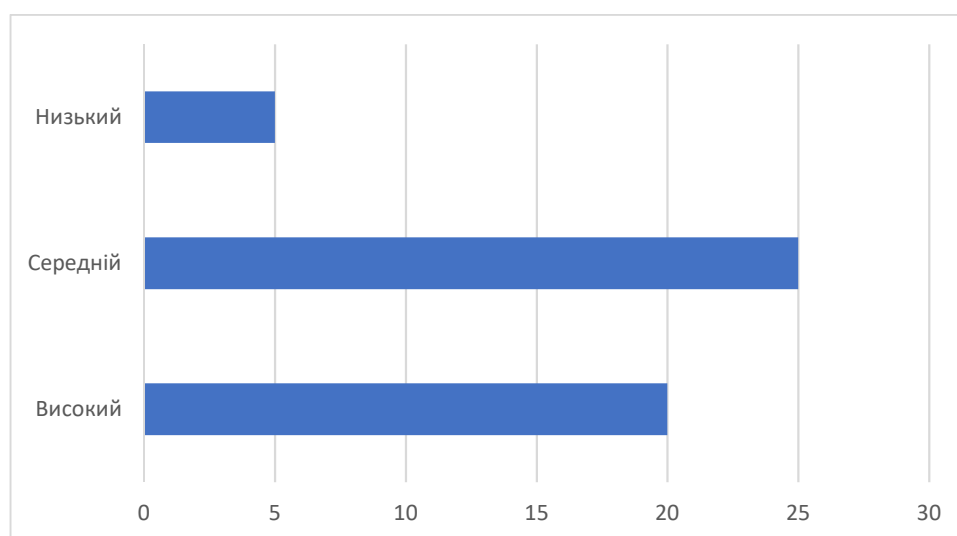


Рис. 3.2. Рівень співзалежності у стосунках

40% учасниць продемонстрували високий рівень співзалежності, що може свідчити про їхню підвищену схильність до залежних стосунків та самопожертви, що, у свою чергу, може впливати на розлади харчової поведінки.

Таблиця 3.3

Рівень самоорганізації діяльності серед досліджуваних жінок

Рівень самоорганізації	Кількість учасниць	Відсоток (%)
Високий	12	24%
Середній	28	56%
Низький	10	20%

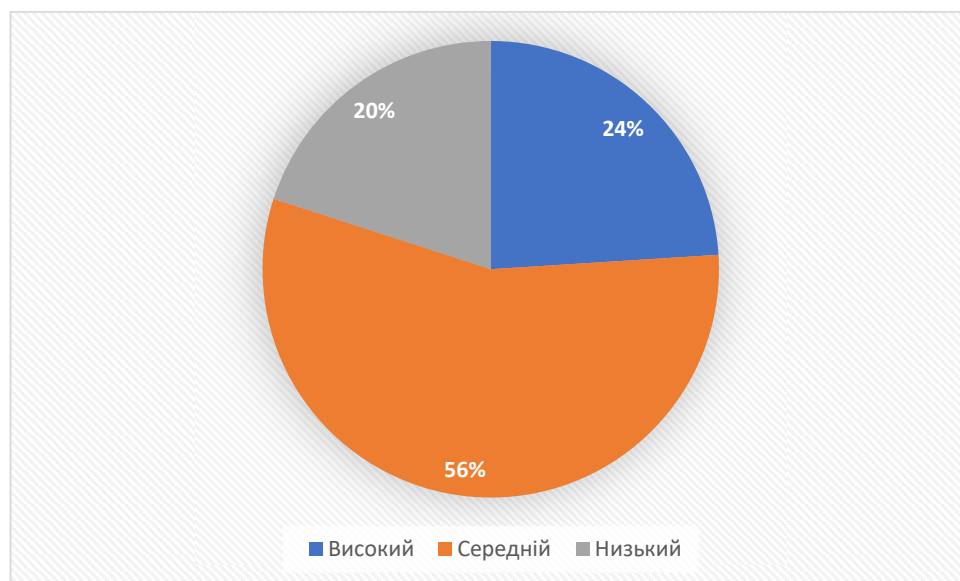


Рис. 3.3. Рівень самоорганізації діяльності серед досліджуваних жінок

Більшість учасниць (56%) мають середній рівень самоорганізації, тоді як 20% демонструють низький рівень, що може посилювати проблеми з харчовою поведінкою.

Таблиця 3.4

Кореляція між типом харчової поведінки та рівнем співзалежності

Тип харчової поведінки	Кореляційний коефіцієнт (r)
Емоційна поведінка	0,65
Обмежувальна поведінка	0,42
Зовнішня поведінка	0,33

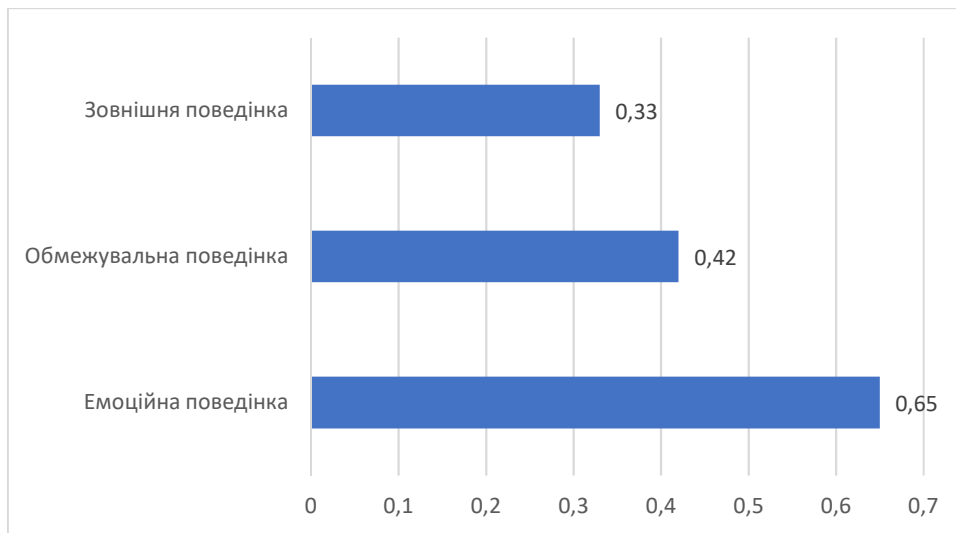


Рис. 3.4. Кореляція між типом харчової поведінки та рівнем співзалежності

Існує значущий позитивний зв'язок між емоційною харчовою поведінкою та високим рівнем співзалежності ($r = 0,65$). Це свідчить про те, що жінки зі співзалежними стосунками частіше схильні до емоційного переїдання.

Таблиця 3.5

Розподіл учасниць за типом харчової поведінки та рівнем самоорганізації

Тип харчової поведінки	Високий рівень самоорганізації	Середній рівень самоорганізації	Низький рівень самоорганізації
Обмежувальна	6	8	4
Емоційна	4	14	4
Зовнішня	2	6	2

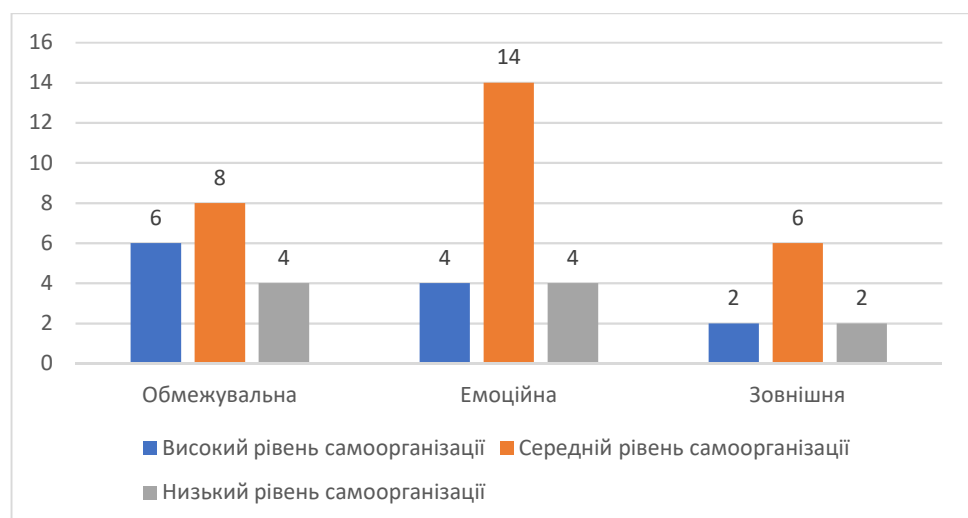


Рис. 3.5. Розподіл учасниць за типом харчової поведінки та рівнем самоорганізації

Жінки з обмежувальною поведінкою частіше демонструють високий рівень самоорганізації (6 осіб). У той час як учасниці з емоційною поведінкою переважно мають середній рівень самоорганізації (14 осіб).

Таблиця 3.6

Поширеність типів харчової поведінки залежно від вікових груп

Вікова група (роки)	Обмежувальна поведінка	Емоційна поведінка	Зовнішня поведінка	Всього
18-25	5	10	3	18
26-35	7	8	4	19
36-45	6	4	3	13

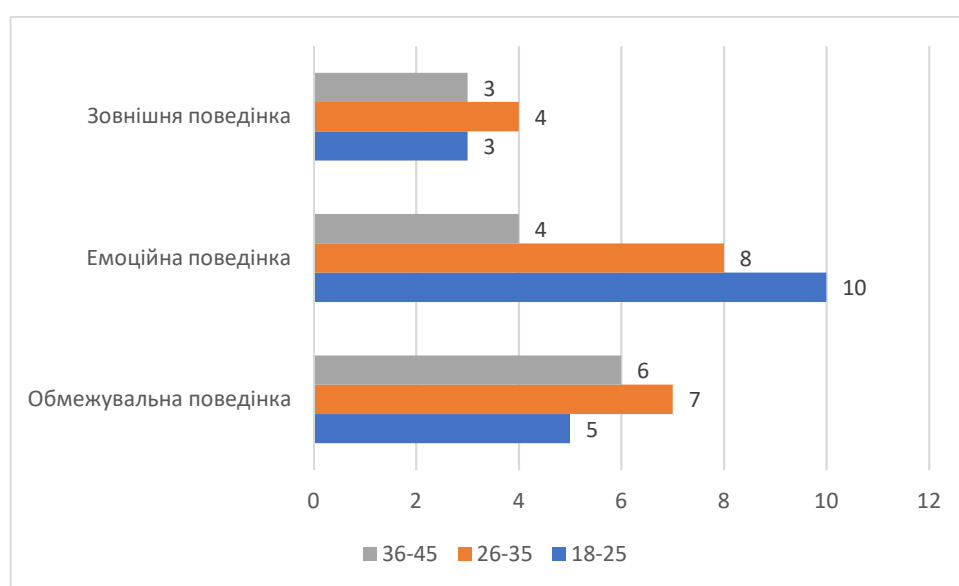


Рис. 3.6. Поширеність типів харчової поведінки залежно від вікових груп

У віковій групі 18-25 років найбільш поширена емоційна поведінка (10 осіб), що може бути пов'язано з перехідним періодом дорослішання та психоемоційними навантаженнями. Серед жінок віком 26-35 років також помітна тенденція до обмежувальної та емоційної поведінки.

Таблиця 3.7

Кореляція між рівнем самоорганізації та типом харчової поведінки

Рівень самоорганізації	Кореляційний коефіцієнт з обмежувальною поведінкою (r)	Кореляційний коефіцієнт з емоційною поведінкою (r)	Кореляційний коефіцієнт із зовнішньою поведінкою (r)
Високий	0,55	-0,40	-0,20
Середній	0,25	0,35	0,40
Низький	-0,30	0,65	0,55

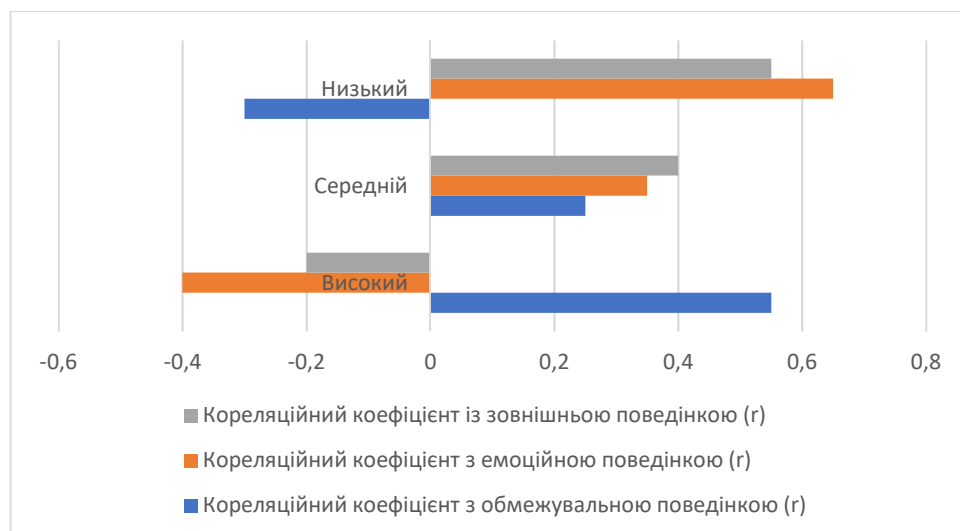


Рис. 3.7. Кореляція між рівнем самоорганізації та типом харчової поведінки

Жінки з високим рівнем самоорганізації демонструють позитивну кореляцію з обмежувальною поведінкою ($r = 0,55$). Натомість низький рівень самоорганізації корелює з емоційною поведінкою ($r = 0,65$), що вказує на недостатність контролю над харчовими звичками в умовах низької організованості.

Таблиця 3.8

Поширеність співзалежності у жінок залежно від сімейного статусу

Сімейний статус	Високий рівень співзалежності	Середній рівень співзалежності	Низький рівень співзалежності
Незаміжні	8	12	2
Заміжні	10	11	3
Розлучені	2	2	0

Серед заміжніх жінок 40% мають високий рівень співзалежності, що вказує на можливий вплив сімейних обставин на психологічний стан та харчову поведінку.

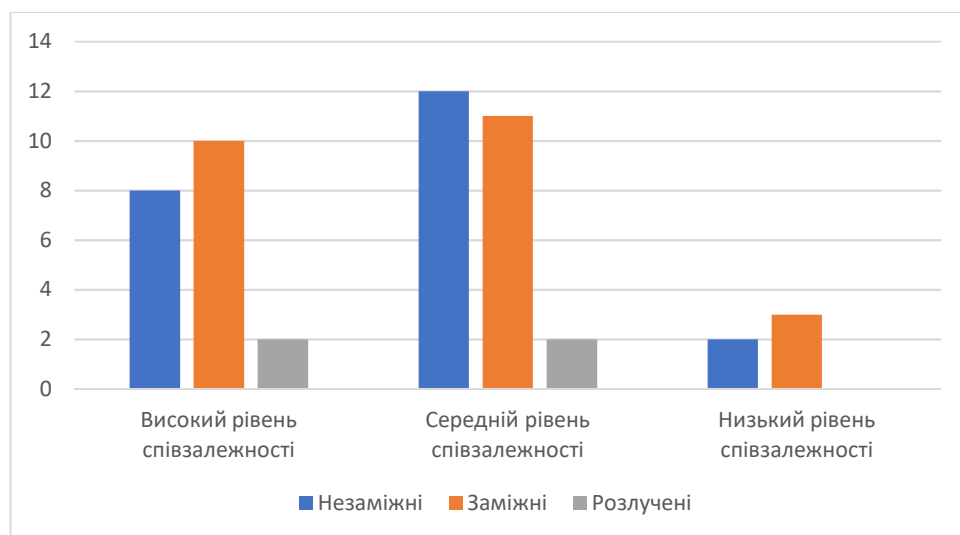


Рис. 3.8. Поширеність співзалежності у жінок залежно від сімейного статусу

Таблиця 3.9

Зв'язок між рівнем стресу та типами харчової поведінки

Рівень стресу	Обмежувальна поведінка	Емоційна поведінка	Зовнішня поведінка
Високий	5	15	2
Середній	8	5	5
Низький	5	2	3

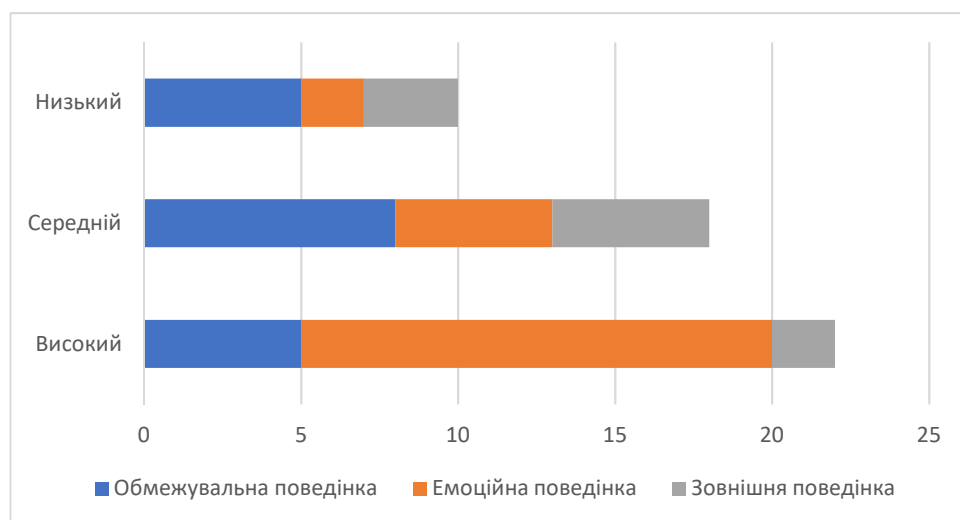


Рис. 3.9. Зв'язок між рівнем стресу та типами харчової поведінки

Учасниці з високим рівнем стресу частіше демонструють емоційну поведінку (15 осіб), що свідчить про схильність до емоційного переїдання як способу подолання стресу.

Таблиця 3.10

Загальний підсумок результатів дослідження

Показник	Найбільший ризик	Найменший ризик
Тип харчової поведінки	Емоційна поведінка	Зовнішня поведінка
Рівень самоорганізації	Низький рівень	Високий рівень
Рівень співзалежності	Високий рівень	Низький рівень
Вікова група з найбільшими проблемами	18-25 років	36-45 років
Рівень стресу	Високий рівень	Низький рівень

Отримані результати дозволили виявити основні ризикові групи жінок, які страждають від розладів харчової поведінки. Проведені аналізи показали значну взаємодію між рівнем самоорганізації, співзалежністю та рівнем стресу.

Кореляційний аналіз показав значущий зв'язок між рівнем співзалежності та емоційною харчовою поведінкою ($r = 0,65$; $p < 0,01$). Це свідчить про те, що жінки з високим рівнем співзалежності частіше схильні до емоційного переїдання.

Отже, отримані результати підтвердили гіпотезу про те, що розлади харчової поведінки у жінок репродуктивного віку тісно пов'язані з рівнем співзалежності та низькою самоорганізацією. Тому корекційні заходи повинні включати роботу над психологічними аспектами, такими як розвиток здорових стосунків і підвищення рівня самоорганізації.

3.3. Основні рекомендації для програм психокорекції для жінок з розладами харчової поведінки

З огляду на отримані результати дослідження серед жінок репродуктивного віку, що виявили значний зв'язок між рівнем співзалежності, самоорганізацією та типами харчової поведінки, виникає необхідність у розробці комплексної психокорекційної програми. Метою програми є нормалізація харчової поведінки та поліпшення психологічного стану жінок шляхом

підвищення рівня самоорганізації, розвитку навичок управління стресом та зменшення проявів співзалежності.

Структура психокорекційної програми. Психокорекційна програма розроблена на основі когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), технік емоційної регуляції, а також елементів тренінгів з розвитку самоорганізації та усвідомленості [33]. Програма складається з наступних етапів:

1. Діагностичний етап.

Мета: Визначити тип харчової поведінки, рівень стресу, самоорганізації та співзалежності.

Інструменти:

- Опитувальник для визначення розладів харчової поведінки.
- Шкала оцінки рівня стресу (PSS).
- Опитувальник співзалежності (Friel Co-Dependency Assessment).
- Оцінка рівня самоорганізації (шкала самоорганізації особистості).

2. Психосвітній етап.

Мета: Надати учасникам інформацію про розлади харчової поведінки, механізми їх формування та роль психоемоційного стану в підтримці нездорових харчових звичок.

Теми для занять:

- Причини та види розладів харчової поведінки.
- Вплив стресу та емоційних станів на харчові звички.
- Поняття співзалежності та її вплив на харчову поведінку.

3. Когнітивно-поведінковий блок.

Мета: Змінити деструктивні мисленнєві патерни, що підтримують розлади харчової поведінки.

Вправи та техніки:

- Ідентифікація негативних думок: робота зі списком типових автоматичних думок під час емоційного переїдання або обмежувальної поведінки.

– Техніка когнітивного реструктурування: замінювання негативних переконань на більш конструктивні.

– Поведінкові експерименти: випробування альтернативних способів реагування на стрес, окрім переїдання чи обмежень.

4. Робота з емоційною регуляцією.

Емоційна регуляція є ключовим компонентом психічного здоров'я, особливо для жінок із розладами харчової поведінки [34]. Порушення емоційної регуляції часто призводять до таких типів харчової поведінки, як емоційне переїдання або жорстке обмеження споживання їжі. Уміння ефективно керувати емоціями допомагає знизити рівень стресу, покращити самоконтроль та сформувані здорові стратегії подолання складних життєвих ситуацій.

Мета – навчити учасниць ефективних методів управління емоціями, що впливають на їхню харчову поведінку. Реалізація цієї мети передбачає застосування різних психотехнік та вправ, які допомагають розпізнавати, висловлювати й контролювати емоційні стани, знижуючи ризик вдаватися до нездорових харчових реакцій.

4.1. Методика усвідомленого дихання. Однією з найефективніших технік для емоційної регуляції є усвідомлене дихання. Дихальні практики допомагають стабілізувати психоемоційний стан, знижують рівень стресу та тривоги [37]. Однією з найпоширеніших методик є діафрагмальне дихання.

Діафрагмальне дихання сприяє активації парасимпатичної нервової системи, що приводить організм у стан спокою та розслаблення. Інструкція до діафрагмального дихання:

1. Займіть зручну позу: сідайте на стілець або ляжте на спину. Покладіть одну руку на груди, а іншу – на живіт.

2. Вдихайте повільно через ніс: під час вдиху стежте, щоб живіт піднімався, а груди залишалися майже нерухомими.

3. Видихайте повільно через рот: видих має бути тривалішим за вдих. Стежте, як живіт опускається.

4. Повторюйте цикл 5-10 хвилин: підтримуйте спокійний і рівний темп дихання.

Ключові рекомендації:

- виконуйте вправу двічі на день або за необхідності під час стресу;
- спробуйте поєднувати діафрагмальне дихання з медитацією для посилення ефекту розслаблення.

Очікуваний результат. Зниження рівня тривоги, стабілізація емоційного фону та підвищення здатності протистояти емоційним тригерам, що провокують нездорову харчову поведінку.

4.2. Щоденник емоцій. Щоденник емоцій є ефективним інструментом для усвідомлення власних емоційних станів та їхнього впливу на харчову поведінку. Ця техніка допомагає учасницям визначити, які емоції найчастіше призводять до переїдання або обмеження їжі, а також розпізнати повторювані патерни реакцій [38].

Структура щоденника емоцій:

1. Дата і час: зафіксуйте точний час виникнення емоції.
2. Опис ситуації: коротко опишіть обставини, які викликали емоційну реакцію.
3. Емоція: визначте та назвіть емоцію (наприклад, тривога, сум, гнів, радість).
4. Інтенсивність емоції (за шкалою від 1 до 10): оцініть, наскільки сильним було ваше почуття.
5. Фізичні реакції: опишіть, як тіло відреагувало (наприклад, пришвидшене серцебиття, напруження м'язів).
6. Харчова реакція: зафіксуйте, як ви відреагували з точки зору харчової поведінки (наприклад, переїдання, обмеження їжі або відсутність реакції) [39].
7. Альтернативна реакція: запропонуйте більш здоровий спосіб реагування на емоцію (наприклад, прогулянка, дихальна вправа або дзвінок другу).

Очікуваний результат: учасниці навчаться ідентифікувати свої емоції, краще розуміти їхній вплив на харчову поведінку та знаходити здорові альтернативи для емоційного розвантаження.

4.3. Техніки «заземлення». Техніки «заземлення» спрямовані на фокусування уваги на фізичних відчуттях, щоб знизити рівень тривоги, паніки або стресу. Ці методи ефективні для повернення до «тут і зараз» та уникнення автоматичних реакцій у вигляді емоційного переїдання.

Популярні техніки «заземлення» [40]:

1. Техніка «5-4-3-2-1»:
 - 5 предметів: назвіть 5 предметів, які ви бачите навколо себе.
 - 4 звуки: зверніть увагу на 4 звуки, які чуєте.
 - 3 відчуття: відзначте 3 фізичні відчуття (наприклад, дотик тканини до шкіри).
 - 2 запахи: зосередьтеся на 2 запахах.
 - 1 смак: зверніть увагу на будь-який смак у роті.
2. «Фокус на ногах». Станьте рівно та сконцентруйтеся на відчуттях у стопах. Відчуйте, як ноги торкаються підлоги. Повільно переносьте вагу з п'яток на пальці й назад.
3. «Холодний стимул». Потримайте в руках кубик льоду або вмийтеся холодною водою. Це допоможе швидко «перезавантажити» нервову систему та знизити тривогу.

Очікуваний результат: застосування технік «заземлення» дозволяє швидко знижувати рівень стресу та тривоги, що допомагає уникати імпульсивних харчових реакцій.

Отже, ефективна робота з емоційною регуляцією є важливим кроком до нормалізації харчової поведінки. Поєднання методик усвідомленого дихання, ведення щоденника емоцій та технік «заземлення» дозволяє жінкам контролювати свої емоції, знижувати стрес та формувати здорові реакції на життєві виклики.

5. Тренінг з підвищення самоорганізації.

Самоорганізація є важливим психологічним компонентом, що визначає здатність людини ефективно планувати свій час, виконувати завдання та досягати поставлених цілей [47]. Для жінок із розладами харчової поведінки низький рівень самоорганізації часто сприяє хаотичному режиму дня, незбалансованому харчуванню та емоційним зривам. Підвищення самоорганізації допомагає стабілізувати рутинні процеси, покращити дисципліну та знизити ризик емоційного переїдання або обмежувальної поведінки.

Мета тренінгу – навчити учасниць ефективним стратегіям самоорганізації, які сприятимуть стабільності, самоконтролю та поліпшенню якості життя.

Структура тренінгу. Тренінг з підвищення самоорганізації складається з чотирьох основних модулів [48]:

1. Планування та тайм-менеджмент.
2. Розстановка пріоритетів.
3. Формування корисних звичок.
4. Мотивація та подолання прокрастинації.

Тривалість тренінгу: 6 занять по 2 години кожне.

Формат: групові заняття з елементами індивідуальної роботи.

Модуль 1: Планування та тайм-менеджмент.

Ціль модуля: навчити учасниць основам планування та ефективного розподілу часу.

Основні техніки:

1. Метод «SMART» для постановки цілей
 - Specific (конкретна): чітко сформулюйте ціль.
 - Measurable (вимірювана): визначте, як оцінити досягнення цілі.
 - Achievable (досяжна): реалістично оцініть свої можливості.
 - Relevant (важлива): переконайтеся, що ціль відповідає вашим потребам.

– Time-bound (обмежена в часі): встановіть кінцевий термін для досягнення.

2. Техніка «Pomodoro»

- Працюйте 25 хвилин без перерви.
- Після цього зробіть 5-хвилинну перерву.
- Після 4 циклів зробіть перерву на 15-30 хвилин.

3. Ведення щоденника завдань (To-Do List)

- Щодня складайте список завдань.
- Використовуйте категорії: «Важливі», «Термінові», «Другорядні».

Очікуваний результат: учасниці навчаться ефективно планувати свій час, виконувати завдання без перевантаження та уникати відчуття хаосу у повсякденному житті.

Модуль 2: Розстановка пріоритетів. Ціль модуля: допомогти учасницям визначати важливість завдань та розподіляти ресурси для їх виконання.

Основні техніки:

1. Матриця Ейзенхауера. Розподіл завдань за чотирма категоріями:

- Важливі та термінові – виконуйте негайно.
- Важливі, але не термінові – плануйте виконання.
- Неважливі, але термінові – делегуйте або виконуйте швидко.
- Неважливі та не термінові – виключайте або відкладіть.

2. Метод «ABC»

- А – завдання, які потрібно виконати сьогодні.
- В – завдання, які можна виконати пізніше.
- С – завдання, які не є пріоритетними.

Очікуваний результат: учасниці навчаться ефективно визначати пріоритети та уникати перевантаження малозначущими справами.

Модуль 3: Формування корисних звичок. Ціль модуля: сформувати стабільні та здорові звички, які сприяють підвищенню самоорганізації.

Основні техніки:

1. Метод «21 день». Щоб звичка закріпилася, виконуйте нову дію щодня протягом 21 дня.

2. Метод маленьких кроків. Розділяйте складне завдання на дрібні етапи. Виконуйте по одному кроку на день.

3. Система винагород. За успішне виконання завдання винагороджуйте себе чимось приємним (наприклад, перегляд улюбленого серіалу або прогулянка).

Очікуваний результат: жінки зможуть поступово формувати нові звички, які підтримують організований спосіб життя та здорову харчову поведінку.

Модуль 4: Мотивація та подолання прокрастинації.

Ціль модуля: навчити учасниць підтримувати мотивацію та долати відкладання справ.

Основні техніки:

1. Метод «З'їж жабу». Починайте день із найнеприємнішого або найскладнішого завдання. Виконання його дасть поштовх для решти дня.

2. Візуалізація успіху. Уявляйте кінцевий результат виконаного завдання та позитивні емоції від досягнення цілі.

3. Техніка «5 хвилин». Якщо важко почати завдання, пообіцяйте собі попрацювати над ним лише 5 хвилин. Часто цього достатньо, щоб втягнутися у процес.

Очікуваний результат: учасниці навчаться підтримувати мотивацію на високому рівні та долати звичку до прокрастинації.

Отже, тренінг із підвищення самоорганізації надає учасницям необхідні навички для ефективного управління своїм часом, розстановки пріоритетів та формування корисних звичок. Результатом проходження тренінгу стане стабільніший ритм життя, зниження стресу та поліпшення харчової поведінки через підвищення самоконтролю та дисципліни.

6. Робота зі співзалежністю.

Мета: знизити рівень співзалежності та підвищити автономність особистості.

Співзалежність є психологічним феноменом, що характеризується надмірною емоційною залежністю від іншої людини, схильністю до самопожертви та знеціненням власних потреб. Цей стан часто проявляється у відносинах із партнерами, членами сім'ї або друзями. Для жінок із розладами харчової поведінки співзалежність може бути тригером, що підсилює емоційне переїдання або обмежувальну поведінку.

Особливості співзалежності у жінок із РХП:

- Потреба в схваленні та визнанні.
- Нездатність встановлювати особисті кордони.
- Почуття провини при відстоюванні власних інтересів.
- Емоційне виснаження через спроби «врятувати» інших.

Мета роботи зі співзалежністю – допомогти учасницям усвідомити деструктивні патерни у взаєминах, навчити встановлювати здорові кордони та знизити рівень емоційної залежності.

Основні завдання роботи зі співзалежністю:

1. Усвідомлення власної співзалежності: допомогти учасницям ідентифікувати симптоми співзалежної поведінки.
2. Розвиток навичок самоусвідомлення та самоприйняття: формування позитивного ставлення до себе.
3. Навчання встановленню особистих кордонів: розвиток здатності захищати власні інтереси без почуття провини.
4. Розвиток автономії та самостійності: підвищення впевненості у прийнятті рішень.

Техніки та методики роботи зі співзалежністю.

1. Техніка «Колесо балансу життя».

Мета: виявлення дисбалансів у різних сферах життя та визначення пріоритетів.

Процедура виконання:

1. Намалуйте коло та розділіть його на 8 секторів, що відповідають різним сферам життя:

- Сім'я та стосунки.
- Здоров'я.
- Кар'єра та навчання.
- Фінанси.
- Саморозвиток.
- Дозвілля та хобі.
- Друзі та соціальні зв'язки.
- Емоційний стан.

Оцініть кожен сферу за шкалою від 1 до 10, де 1 – мінімальна задоволеність, 10 – максимальна.

Проаналізуйте, які сфери є найбільш занедбаними та які потребують уваги.

Очікуваний результат: учасниці усвідомлюють дисбаланс у житті та визначають сфери, які потребують покращення. Це допомагає перенести фокус із задоволення потреб інших на власний розвиток.

2. Вправа «Я – цінна особистість».

Мета: підвищення самооцінки та формування позитивного ставлення до себе.

Процедура виконання:

1. Учасниці отримують аркуш паперу та пишуть 10 позитивних рис свого характеру.
2. Далі вони пишуть 5 досягнень, якими пишаються.
3. Після цього учасниці обговорюють у групі, як ці риси та досягнення допомагають їм у житті.

Очікуваний результат: формування позитивного образу «Я» та усвідомлення власної цінності незалежно від схвалення інших.

3. Техніка «Встановлення особистих кордонів».

Мета: навчити учасниць відстоювати свої кордони та казати «ні» без відчуття провини.

Процедура виконання:

1. Розділіть учасниць на пари.
2. Одна учасниця грає роль «прохача», інша – «відмовника».
3. «Прохач» просить виконати певні дії (наприклад, зробити щось терміново). «Відмовник» має вчитися чемно, але твердо відмовлятися, використовуючи фрази на кшталт: «Ні, зараз я не можу», «Мені це незручно», «Я не готова на це погодитися».

4. Після вправи учасниці діляться відчуттями та обговорюють складність відмови.

Очікуваний результат: покращення навичок відстоювання кордонів та зниження почуття провини за відмову іншим.

4. Психотерапевтична техніка «Переписування життєвих сценаріїв».

Мета: зміна деструктивних переконань, що підсилюють співзалежність.

Процедура виконання:

1. Учасниці записують переконання, що підтримують їхню співзалежну поведінку (наприклад, «Я повинна завжди допомагати іншим»).
2. Далі кожна учасниця переписує ці переконання на здорові альтернативи (наприклад, «Я маю право дбати про себе»).
3. Після цього учасниці обговорюють, як нові переконання можуть змінити їхнє життя.

Очікуваний результат: заміна деструктивних переконань на здорові установки, що сприяють незалежності та самоповазі.

Підсумок та очікувані результати. Робота зі співзалежністю допомагає учасницям усвідомити свої деструктивні патерни у взаєминах, встановити особисті кордони та підвищити самооцінку. Завдяки застосуванню перелічених технік учасниці здатні:

1. Визначати свої потреби та захищати їх.
2. Знижувати рівень емоційної залежності від інших.
3. Формувати здорові стосунки без самопожертви.
4. Підвищувати впевненість у собі та покращувати загальний психологічний стан.

Зміна ставлення до себе та своїх потреб є важливим кроком для подолання розладів харчової поведінки та збереження психоемоційного здоров'я.

7. Завершальний етап та підсумкова діагностика.

Мета: оцінити результати програми та розробити індивідуальні рекомендації для подальшої підтримки позитивних змін.

Методи:

– Повторна діагностика за тими ж шкалами та опитувальниками, що використовувалися на початковому етапі.

– Зворотний зв'язок від учасниць для оцінки ефективності програми.

Рекомендації щодо впровадження програми

1. Тривалість програми: 12 тижнів (по 2 заняття на тиждень по 1,5-2 години).

2. Груповий формат: сесії у групах по 8-10 учасниць для створення підтримувального середовища та обміну досвідом.

3. Індивідуальне консультування: забезпечення можливості особистих консультацій для глибшого опрацювання індивідуальних проблем.

4. Домашні завдання: виконання завдань між сесіями для закріплення отриманих навичок.

5. Підтримувальні сесії: проведення раз на місяць після завершення програми для закріплення результатів та підтримки мотивації.

Очікувані результати програми:

– Зниження рівня емоційного переїдання за рахунок навчання методів емоційної регуляції.

– Покращення самоорганізації та управління часом.

– Зменшення проявів співзалежності та підвищення рівня особистісної автономності.

– Формування здорових харчових звичок та стійких навичок самоконтролю.

– Зниження рівня стресу завдяки впровадженню технік релаксації та усвідомленості.

Отже, запропонована психокорекційна програма спрямована на комплексний підхід до роботи з жінками, що мають розлади харчової поведінки. Вона базується на результатах дослідження та поєднує когнітивно-поведінкові техніки, роботу з емоціями, підвищення самоорганізації та зниження співзалежності. Такий підхід дозволить ефективно впливати на різні аспекти психічного здоров'я, сприяючи формуванню здорових харчових звичок та підвищенню якості життя учасниць програми.

Висновок до третього розділу

У третьому розділі нами виявлені типи харчової поведінки. У досліджуваних жінок репродуктивного віку найбільш поширеними є три типи порушень харчової поведінки: емоційне переїдання, зовнішньообумовлене харчування та обмежувальне харчування. Ці патерни вказують на підвищену залежність від зовнішніх і внутрішніх тригерів, що впливають на їхні харчові звички.

У роботі визначено взаємозв'язок із рівнем співзалежності. Аналіз результатів підтвердив гіпотезу про наявність позитивного кореляційного зв'язку між рівнем співзалежності у стосунках та розладами харчової поведінки. Жінки з високими показниками співзалежності схильні до емоційного переїдання як механізму зняття стресу або компенсації емоційного дискомфорту.

Встановлено, що порушення самоорганізації діяльності сприяє формуванню компульсивного переїдання та обмежувального харчування. Жінки з низькими показниками самоорганізації часто демонструють хаотичний стиль життя, що відображається у відсутності контролю за харчуванням.

Кореляційний аналіз показав, що рівень співзалежності у стосунках та дефіцит самоорганізації діяльності є значущими предикторами розвитку розладів харчової поведінки. Це вказує на необхідність комплексного підходу до

діагностики та корекції, що враховує міжособистісні стосунки та навички саморегуляції.

Використання Голландського опитувальника харчової поведінки, шкали Спанн-Фішер та опитувальника самоорганізації діяльності довело свою ефективність у діагностиці та виявленні ключових психологічних факторів, які сприяють розладам харчової поведінки.

На основі отриманих результатів запропоновано наступні підходи до психокорекції розладів харчової поведінки:

1. Розвиток навичок самоорганізації через тренінги тайм-менеджменту та планування.
2. Корекція співзалежності за допомогою психотерапевтичних методів, таких як когнітивно-поведінкова терапія та терапія особистісного зростання.
3. Емоційна регуляція як альтернативний спосіб зниження стресу замість емоційного переїдання.

Таким чином, дослідження підтвердило необхідність інтеграції психокорекційних заходів, що спрямовані на роботу зі співзалежністю та підвищення рівня самоорганізації, для ефективного лікування та профілактики розладів харчової поведінки у жінок репродуктивного віку.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження психологічних особливостей розладів харчової поведінки у жінок дозволило глибше зрозуміти взаємодію різноманітних біологічних, психологічних і соціокультурних чинників, що впливають на їхні харчові звички та розвиток розладів харчової поведінки. Аналіз ключових понять і застосування психодіагностичних методик надали змогу визначити основні типи харчових патернів, їхні кореляції із психологічними особливостями та розробити рекомендації для ефективної психокорекції. Розглянемо основні результати та їх значення детальніше.

У роботі нами ідентифіковано типи харчової поведінки, зокрема у ході дослідження були визначені три основні типи порушень харчової поведінки у жінок репродуктивного віку:

1. Емоційне переїдання – споживання їжі як реакція на стрес, тривогу, нудьгу або інші емоційні стани. Жінки з таким типом поведінки використовують їжу як спосіб емоційної регуляції, що призводить до збільшення ваги та негативно впливає на психічне здоров'я.

2. Зовнішньообумовлене харчування – харчування, що залежить від зовнішніх тригерів, таких як вид і запах їжі, соціальні ситуації або реклама. Такі жінки часто втрачають контроль над споживанням їжі в присутності зовнішніх стимулів, навіть якщо не відчують голоду.

3. Обмежувальне харчування – прагнення до жорсткого контролю над харчуванням для зниження ваги. Цей тип харчової поведінки часто супроводжується страхом набрати вагу та може призводити до анорексії або булімії.

Ці типи порушень вказують на складну взаємодію внутрішніх психологічних факторів та зовнішніх обставин, що впливають на харчові звички. Розуміння цих патернів є ключовим для подальшої корекції харчової поведінки.

У роботі визначено взаємозв'язок рівня співзалежності та розладів харчової поведінки. Аналіз результатів дослідження підтвердив гіпотезу про

наявність позитивного кореляційного зв'язку між рівнем співзалежності у стосунках та розладами харчової поведінки. Жінки з високим рівнем співзалежності схильні до:

- Емоційного переїдання як способу подолання стресу, викликаного міжособистісними проблемами.
- Компенсації емоційного дискомфорту через надмірне споживання їжі.
- Порушень самооцінки та залежності від схвалення інших, що сприяє формуванню нездорових харчових звичок.

Обґрунтовано, що співзалежність характеризується надмірною емоційною залученістю у стосунки, прагненням догоджати іншим на шкоду власним потребам та страхом відторгнення. Це створює умови для розвитку деструктивних моделей поведінки, включаючи розлади харчової поведінки. Психокорекція співзалежності є важливим компонентом терапії для жінок, які мають такі проблеми.

Визначено роль самоорганізації у розвитку розладів харчової поведінки. Результати дослідження показали, що низький рівень самоорганізації діяльності є значущим чинником ризику для формування компульсивного переїдання та обмежувальної харчової поведінки. Жінки з порушеннями самоорганізації часто демонструють такі особливості:

- Хаотичний стиль життя з відсутністю чітких планів та структурованих звичок.
- Низький рівень самоконтролю, що призводить до імпульсивного споживання їжі.
- Складнощі у плануванні та досягненні цілей, що створює додатковий стрес і підштовхує до емоційного переїдання.

Підвищення рівня самоорганізації через розвиток навичок тайм-менеджменту, планування та самоконтролю може значно покращити харчову поведінку та загальний психоемоційний стан жінок.

Кореляційний аналіз підтвердив, що високий рівень співзалежності та дефіцит самоорганізації є предикторами розвитку розладів харчової поведінки.

Жінки з високим рівнем співзалежності та низьким рівнем самоорганізації мають підвищену схильність до емоційного та компульсивного переїдання. Ці фактори взаємодіють між собою, створюючи підґрунтя для формування стійких порушень харчової поведінки. Ці результати підкреслюють необхідність комплексного підходу до діагностики та корекції, що враховує як міжособистісні взаємини, так і рівень саморегуляції.

У дослідженні було застосовано такі психодіагностичні методики:

1. Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ) для ідентифікації типів харчової поведінки. Цей інструмент дозволяє виявити емоційне, зовнішньообумовлене та обмежувальне харчування, що є важливим для розробки індивідуальних терапевтичних планів.

2. Шкала Спанн-Фішер для оцінки співзалежності, яка допомагає визначити рівень емоційної залежності у стосунках та його вплив на харчову поведінку.

3. Опитувальник самоорганізації діяльності, що дозволяє оцінити рівень самоконтролю, планування та здатності до самодисципліни.

Застосування цих методик у комплексі забезпечує детальну діагностику та визначення індивідуальних потреб жінок, що сприяє ефективному лікуванню та профілактиці розладів харчової поведінки.

На основі результатів дослідження розроблено такі рекомендації для психокорекції розладів харчової поведінки:

1. Розвиток навичок самоорганізації:

- Проведення тренінгів з тайм-менеджменту та планування діяльності.
- Використання технік самоконтролю та самомотивації.
- Впровадження структурованих планів харчування для забезпечення регулярності прийомів їжі.

2. Корекція співзалежності:

- Застосування когнітивно-поведінкової терапії для зміни деструктивних переконань та патернів поведінки.

– Терапія особистісного зростання для розвитку здорових кордонів у стосунках та підвищення самооцінки.

3. Емоційна регуляція:

– Навчання методам управління стресом, таким як медитація, дихальні практики та релаксаційні техніки.

– Розробка альтернативних стратегій подолання емоційного дискомфорту замість використання їжі.

Таким чином, дослідження харчової поведінки жінок репродуктивного віку продемонструвало необхідність комплексного підходу до діагностики та психокорекції. Врахування рівня співзалежності, самоорганізації та використання ефективних психодіагностичних методик дозволяє розробляти індивідуальні терапевтичні стратегії. Інтеграція цих заходів сприятиме підвищенню якості життя жінок, зниженню ризику розвитку розладів харчової поведінки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- 1) Абсалямова Л. М. Харчова поведінка жінок: розлади та психокорекція. Монографія. Харків: Видавництво «Стильна типографія», 2019. 393 с.
- 2) Абсалямова Л. М. Психологія харчової поведінки людини. Навчально-методичний посібник. Харків: Видавництво «Смугаста типографія», 2017. 181 с.
- 3) Бацилєва О. В. Особливості харчової поведінки як складової здорового способу життя сучасної молоді. Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Ін-ту психології імені Г. С. Костюка. Т. 7. Вип. 38. 2015. С. 57–68.
- 4) Бацилєва О. В. Репродуктивне здоров'я: медико-психологічні та соціальні аспекти [монографія]. Донецьк: Донбас, 2011. 236 с.
- 5) Богучарова О. І. Психологія ставлення до здоров'я: парадигми, моделі, чинники розвитку: автореф. дис. д-ра психол. наук : 19.00.01. КНУ ім. Тараса Шевченка. Київ, 2013. 39 с.
- 6) Буряк А.А. Психологічні особливості проявів порушень харчової поведінки у жінок. Молодіжна наука: інновації та глобальні виклики // Збірник тез за матеріалами Міжнародної науково-практичної конференції студентів, аспірантів та молодих вчених – Полтава: НУПП імені Юрія Кондратюка, 2024. – С. 581.
- 7) Буряк А.А., Хоменко Є.Г. Психологічні підходи до корекції тривожності особистості в умовах війни. Тези 76-ї наукової конференції професорів, викладачів, наукових працівників, аспірантів та студентів Національного університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка». Том 2 (Полтава, 14 травня – 23 травня 2024 року). Полтава: Національний університет імені Юрія Кондратюка, 2024. С. 214 – 215.
- 8) Ваколюк Л. М., Сокур С. О., Секрет Т. В. Ожиріння: профілактичні та медико-соціальні аспекти. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2015. Т. 19. № 21. С. 197–201.

9) Варипаєв О. М. Філософія їжі: концептуальні підходи до осмислення феномену. Економічна стратегія і перспективи розвитку сфери торгівлі та послуг. 2012. Вип. 1(2). С. 319–325.

10) Володькіна А. В., Присяжнюк О. А., Фетісова В. В. Комплексний підхід до корекції форм тіла та профілактика розвитку целюліту. Вісник Запорізького національного університету. 2010. №1(3). С. 65–68.

11) Григоренко А. П., Горбатюк-Шиманська О. Г., Кучерук В. М., Польовий О. А. Гормональні зміни у жінок пізнього репродуктивного віку. Буковинський медичний вісник. 2014. Т. 18. №23 (71). С. 53–56.

12) Гриньова М. В., Коновал М. В. Роль збалансованого харчування у забезпеченні здорового способу життя студентства [Електронний ресурс]. Наукові записки Кіровоградського державного педагогічного університету імені Володимира Винниченка. Серія: Педагогічні науки. Вип. 131. С. 3–5.

13) Гряділь Т. І., Чубірко К. І., Чопей І. В., Гечко М. М., Михалко Я. О., Пулик О. Р. Діагностика, лікування та профілактика ожиріння. Україна. Здоров'я нації. 2015. №21. С. 96–100.

14) Гуменюк О. Є. Психологія Я-концепції. Тернопіль: Економічна думка, 2002. 186 с.

15) Дорошенко Ю. О., Степанюк О. О. Критеріально-факторне оцінювання якості життя людини. Вісник Державної академії житлово-комунального господарства. 2009. № 2. С. 10–30.

16) Дудар Л. В., Овдій М. О. Роль харчової поведінки та режиму харчування в розвитку надлишкової маси тіла в осіб молодого віку. Сучасна гастроентерологія. 2013. № 4 (72). С.31–34.

17) Дука Ю. М. Патогенетичне обґрунтування діагностики, лікувальної тактики та профілактики виникнення системних порушень у вагітних жінок з надмірною масою тіла: автореф. дис. д-ра. мед. наук : 14.01.01; Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Київ, 2016. 40 с.

18) Еколого-психологічне забезпечення якості життя: науково-методичні рекомендації / за заг. ред. Ю. М. Швалба. Кіровоград : «Імекс-ЛТД», 2013. 98 с.

19) Ємець Н., Антонюк М. Старіння репродуктивної системи у жінок. З турботою про жінку. 2014. №2 (50). С. 5–8.

20) Зубар Н. М. Основи фізіології та гігієни харчування. Київ: Центр учбової літератури, 2010. 336 с.

21) Іваненко Л. М. Спосіб життя батьків як детермінанта здоров'я дітей. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. 2014. № 2. С. 411–421.

22) Ковальова Н. В. Нервова анорексія (клініка, діагностика, терапія): автореф. дис. канд. мед. наук : 14.01.16. Харків: Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України, 2007. 20 с.

23) Коростій В. І. Прогнозування та психотерапевтична корекція емоційних розладів при психосоматичних захворюваннях. Медична психологія. 2013. № 3. С. 56–62.

24) Косяк В. А. Людина та її тілесність у різних формах культури: досвід філософської інтеграції: автореф. дис... д-ра філософ. наук: 09.00.04; Ін-т філософії ім. Г. С. Сковороди НАН України. Київ, 2006. 36 с.

25) Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих : Клінічний посібник / Ред. П. В. Волошин, В. М. Пономаренко, О. К. Напрєєнко та ін. Харків : РВФ «АРСІС, ЛТД», 2000. С. 184–197.

26) Литвин-Кіндратюк С. Д. Харчова активність особистості: традиційні й інноваційні стратегії. Зб. наук. праць: філософія, соціологія, психологія. Вип. 5. Ч. 1. Івано-Франківськ: Вид-во «Плай» Прикарпатського ун-ту, 2000. С. 160–165.

27) Лиходід В. С., Владімірова О. В., Дорошенко В. Оздоровче харчування. Запоріжжя: ЗНУ, 2006. 273 с.

28) Мажак І. М. Категорійно-понятійний апарат дослідження якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, економічно активного населення України. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2013. №12. Режим доступу: <http://www.dy.nayka.com.ua>

29) Максименко С. Д. Генетико-психологічні вектори розвитку особистості. Актуальні проблеми психології: Психологія особистості.

Психологічна допомога особистості / за ред. С. Д. Максименка, М. В. Папучі. Т. 11. Вип. 3. Київ, 2010. С. 3–9.

30) Маруненко І. М., Тимчик О. В. Медико-соціальні основи здоров'я. Київ: Київськ. ун-тет ім. Бориса Грінченка, 2013. 317 с.

31) Маслюк А. М. Нервова анорексія як наслідок соціалізації особистості. Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць КПНУ ім. І. Огієнка, Ін-т психології ім. Г.С.Костюка. Вип. 11. Кам'янець-Подільський, 2011. С. 454–463.

32) Мілютіна К. Л. Психологія зміни життєвої стратегії особистості: автореф. дис. д-ра психол. наук: 19.00.01; КНУ ім. Т. Шевченка. Київ, 2013. 36 с.

33) Міткжов В. О., Князева Н. В., Гребельна Н. В., Закревський О. П., Томашевський М. І., Писаренко П. М., Норецько С. Б., Чернов І. В. Нервова анорексія та булімія у дівчат- підлітків: проблеми, комплексне лікування з втручанням методів фізичної та психологічної реабілітації. Медико-соціальні проблеми сім'ї. 2011. Т. 16. № 2. С. 96–100.

34) Мойзріст О. М. Види порушень харчової поведінки (теоретичний аналіз літературних джерел). Проблеми сучасної психології: зб. наук. праць КПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Вип. 6. Ч. 2. Кам'янець-Подільський, 2009. С. 85–94.

35) Моляко Р. В. Образ фізичного Я: становлення та деформації у пацієнтів з косметичними вадами: автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.04 / Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2006. 20 с.

36) Мухамед'яров Н. Н. Формування здорового способу життя: теоретичний аспект. Вісник Харківської державної академії культури. Вип. 39. 2013. С. 249–256. Режим доступу: <http://nbuv.gov.ua/>

37) Нечитайло Т. А. Генезис образу фізичного Я у підлітковому віці : автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.07; Нац. ун- т ім. М.П.Драгоманова. Київ, 2010. 21 с.

38) Нижник А. Є. Харчова поведінка молоді як предмет психологічного дослідження. Наукові записки. Серія «Психологія та педагогіка». 2013. Вип. 22. С. 136–140.

39) Нікіфорова Я. В. Взаємозв'язок харчової поведінки з метаболічними чинниками ризику. Сучасна гастроентерологія. 2015. №23 (83). С. 113–121.

40) Олексієнко Я. І., Шахматова В. А., Верещагіна О. П. Харчування та його вплив на здоров'я людини. Черкаси: ПП Чабаненко Ю. А., 2014. 42 с.

41) Рахубовська Х. Г. Особистісні властивості та розлади у осіб з розладами прийому їжі. Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія. 2012. Вип. 44(2). С. 184–191.

42) Рождественський А. Ю. Феноменологія тілесності у просторі життєвих перспектив особистості: Монографія. Київ: Міленіум, 2005. 294с.

43) Сидоренко Л. І. Проблема тілесності: філософсько-етичні виміри. Філософські проблеми гуманітарних наук: Альманах. 2012. №21. С.43–48. - Режим доступу: <http://www.philsci.univ.kiev.ua/biblio/sid>

44) Смашна О. Є. Порушення харчової поведінки при нервовій анорексії: системний погляд. Архів психіатрії. 2012. Т. 18. №3 (70). С. 29–32.

45) Смоляр В. І. Генетичні та середовищні аспекти харчової поведінки. Проблеми харчування. № 3-4 (23). 2010. С. 16–25. Режим доступу: <http://www.medved.kiev.ua>

46) Смоляр В. І., Петрашенко Г. І., Голохова О. В. Контамінація харчування, ендоекологія і здоров'я населення. Пробл. харчування. 2015. №1. С. 18–22.

47) Терещенко Н. М. Вікова динаміка організації симптомокомплексу маскуліності/фемініності у дівчат. Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія: Психологія. Вип. 48. Харків: ХНУ, 2013. С. 122–125.

48) Титаренко Л.М., Буряк А.А., Ямбих Є.С. Розвиток людського капіталу в умовах глобалізації: світовий та національний виміри. Проблеми системного підходу в економіці. 2019. № 6 (74). Режим доступу: <http://psae-jrnl.nau.in.ua/archive>.

49) Шебанова В. І. Діагностичні критерії та систематика основних форм порушень харчової поведінки. Вісник Чернігівського національного

педагогічного університету / Гол.ред. М. О. Носко. Т.2. Вип. 94. Чернігів: ЧДПУ, 2011. С. 251–255.

50) Шебанова В. І. Психологія харчової поведінки. Автореф. дис... доктора психол. наук. 19.00.01; Київський національний університет імені Тараса Шевченка. Київ, 2017. 40 с.

51) Anderson J. W., Konz E. C., Frederich R. C., Wood C. L. Long-term weight maintenance: A meta-analysis of US studies. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2001. №74. P. 579–584.

52) Covey J., Davies A. Are people unrealistically optimistic? It depends how you ask them. *British Journal of Health Psychology*. 2004. №9. Pp. 39–49.

53) Gollwitzer P., Bayer U., McCulloch K. The control of the unwanted. Bargh, J.A., Uleman, J. and Hassin, R. (eds) *Unintended Thought*. New York: Guilford, 2005. Pp. 485–515.

54) Impact of full-scale war on changes in the format of Ukraine's cooperation with the European Union / A.A. Buriak, I.V. Levchenko, V. Herashchenko, O. Shevchenko // *The EU Cohesion policy and healthy national development: Management and promotion in Ukraine : monograph / eds. N. Letunovska, L. Saher, A. Rosokhata. – Szczecin : Centre of Sociological Research, 2023. – P. 369–378.*

55) Kim S., Lee S., Kang E., Hur K., Lee H., Ahn C., Cha B., Yoo J., Lee H. Effects of lifestyle modification on metabolic parameters and carotid intima-media thickness in patients with type 2 diabetes mellitus. *Metabolism*. 2006. № 5. Pp. 1053–1059.

56) Lowe M. R., Butryn M. L. Hedonic hunger: A new dimension of appetite. *Physiology and Behavior*. 2007. №91. Pp. 432–439.

57) Paul-Ebhohimhen V., Avenell A. Systematic review of the use of financial incentives in treatments for obesity and overweight. *Obesity Reviews*. 2007. № 23. Pp. 1–13.

58) Tasca G., Szadkowski L., Illing V., Trinneer A., Grenon R., Demidenko N. Adult attachment, depression and eating disorder symptoms: the mediating role of

affect regulation strategies. *Personality and Individual Differences*. 2009. Vol. 47. Pp. 662–667.

59) Winkielman P., Berridge K.C., Wilberger J.L. Unconscious affective reactions to masked happy versus angry faces influence on consumption behavior and judgements of value. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2005. №31. Pp. 121-235.

60) Wiseman M., Moradi B. Body image and eating disorder symptoms in sexual minority men. *Journal of Counselling Psychology*. 2010. 57 (2). Pp. 154–166.

ДОДАТКИ
ДОДАТОК А. БЛАНКИ ДІАГНОСТИЧНИХ МЕТОДИК

Додаток А1

Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ)

№	Питання	Так/Ні
<i>Емоційне харчування</i>		
1	Чи їсте ви більше, коли почуваетесь пригніченими?	
2	Чи їсте ви більше, коли відчуваєте себе неспокійними?	
3	Чи їсте ви більше, коли відчуваєте себе самотніми?	
4	Чи їсте ви більше, коли почуваетесь злими?	
5	Чи їсте ви більше, коли відчуваєте себе невпевненими?	
6	Чи їсте ви більше, коли вам не вистачає уваги з боку інших?	
7	Чи їсте ви більше, коли відчуваєте себе розчарованими?	
8	Чи їсте ви більше, коли вам нудно?	
9	Чи їсте ви більше, коли почуваетесь щасливими?	
10	Чи їсте ви більше, коли радієте чомусь?	
11	Чи їсте ви більше, коли вас переповнює задоволення?	
12	Чи їсте ви більше, коли відчуваєте себе комфортно?	
13	Чи їсте ви більше, коли вам весело?	
<i>Екстернальне харчування</i>		
14	Якщо ви бачите смачну їжу, чи виникає у вас бажання з'їсти її?	
15	Якщо ви бачите когось, хто щось їсть, чи виникає у вас бажання з'їсти те ж саме?	
16	Якщо ви проходите повз кондитерську чи магазин із продуктами, чи відчуваєте ви бажання щось купити?	
17	Чи відчуваєте ви бажання поїсти, коли хтось інший пригощається смачною їжею?	

18	Чи хочеться вам щось з'їсти, коли ви бачите рекламу їжі?	
19	Чи їсте ви більше, коли хтось пригощає вас їжею?	
20	Чи їсте ви більше, коли бачите на столі смачні продукти?	
21	Чи їсте ви більше, коли у вас є легкий доступ до їжі?	
22	Чи виникає у вас сильний апетит, коли ви відчуваєте запах смачної їжі?	
23	Чи їсте ви більше, коли поруч із вами є багато їжі?	
Обмежувальне харчування		
24	Чи відмовляєтеся ви від їжі, навіть якщо відчуваєте голод?	
25	Чи обмежуєте ви кількість їжі, щоб не набрати зайву вагу?	
26	Чи намагаєтеся ви їсти менше, щоб не погладшати?	
27	Чи свідомо контролюєте ви кількість спожитої їжі, щоб не набрати вагу?	
28	Чи намагаєтеся ви їсти менше під час прийому їжі, щоб не набрати вагу?	
29	Чи відмовляєтеся від їжі, навіть якщо відчуваєте себе голодним, щоб не набрати вагу?	
30	Чи намагаєтеся ви обмежувати свої порції, навіть якщо відчуваєте голод?	
31	Чи уникаєте ви їжі з високим вмістом калорій?	
32	Чи їсте ви менше, ніж хочете, під час прийому їжі, щоб не погладшати?	
33	Чи припиняєте ви їсти під час прийому їжі, щоб уникнути набору ваги?	

Додаток Б1

Тест на співзалежність в стосунках (шкала Спанн-Фішер)

№	Питання	Оцінка (1–6), де 1 – зовсім не згодна, 6 – повністю згодна
1	Я почуваюся добре лише тоді, коли інша людина почувається добре.	
2	Мої особисті потреби є другорядними порівняно з потребами близьких мені людей.	
3	Я надаю перевагу їхньому щастю перед власним.	
4	Важливо, щоб інші схвалювали мої дії, щоб я відчувала себе впевнено.	
5	Коли я у відносинах, я часто відчуваю тривогу через можливу втрату партнера.	
6	Мені буває важко сказати «ні» людям, навіть коли це суперечить моїм інтересам.	
7	Я почуваюся винною, коли не можу задовольнити очікування інших.	
8	Моє самопочуття залежить від емоційного стану мого партнера.	
9	Мені здається, що без партнера моє життя не буде повноцінним.	
10	Я відчуваю, що постійно маю підтримувати та допомагати іншим, навіть ціною своїх інтересів.	
11	Я схильна уникати конфліктів, навіть коли я незадоволена ситуацією.	
12	Мені важко приймати рішення без консультації з іншими.	
13	Моя самооцінка залежить від того, наскільки інші цінують мене.	

14	Коли я у відносинах, мені важко уявити себе як окрему особистість.	
15	Я прагну контролювати ситуації, щоб уникнути небажаних змін у відносинах.	
16	Я більше турбуюся про те, щоб підтримати інших, ніж про свої власні потреби.	

Методика «Опитувальник самоорганізації діяльності»

№	Питання	Оцінка (1–5), де 1 – зовсім не згодна, 5 – повністю згодна
Планування		
1	Чи встановлюю я чіткі цілі перед тим, як розпочати виконання завдань?	
2	Чи розподіляю я завдання на окремі етапи для зручнішого виконання?	
3	Чи визначаю я терміни для виконання кожного етапу завдання?	
4	Чи аналізую я можливі перешкоди та труднощі при плануванні завдань?	
Самоконтроль		
5	Чи стежу я за тим, щоб виконувати завдання згідно з планом?	
6	Чи перевіряю я себе під час виконання завдань, щоб уникнути помилок?	
7	Чи оцінюю я власний прогрес у виконанні поставлених цілей?	
8	Чи зупиняюсь я на півдорозі, якщо бачу, що виконання завдання йде не так?	
Самомотивація		
9	Чи здатна я мотивувати себе працювати навіть тоді, коли відчуваю втому?	
10	Чи знаходжу я додаткові причини, щоб завершити завдання, яке мені не подобається?	
11	Чи можу я змусити себе почати виконання складного завдання без зовнішнього тиску?	

12	Чи відчуваю я задоволення від виконання запланованих завдань?	
<i>Організація часу та ресурсів</i>		
13	Чи ретельно я розподіляю свій час між різними завданнями?	
14	Чи виділяю я достатньо часу для підготовки та завершення кожного етапу роботи?	
15	Чи вмію я відмовлятися від другорядних завдань на користь більш важливих?	
16	Чи здатна я працювати в умовах обмеженого часу?	
<i>Виконання завдань та відповідальність</i>		
17	Чи беру я на себе відповідальність за досягнення поставлених цілей?	
18	Чи завершую я роботу навіть тоді, коли виникають непередбачені обставини?	
19	Чи віддаю я перевагу якісному виконанню завдання перед швидкістю?	
20	Чи обмірковую я, як поліпшити процес виконання завдань у майбутньому?	